

自損事故による届出書

傷病者	個人番号		世帯主との続柄		電話番号	
	被保険者証 記号・番号	柏崎				
	氏名		生年月日及び年齢	昭和 平成 令和	年()年	月 日(歳)
事故	発生年月日	令和 年()年	月 日()	午前 午後	時	分頃
	発生場所				天候	
	事故発生の原因及び状況	別紙「事故状況報告書」のとおり				
傷病名及び程度						
治癒までの見込期間						
診療費見込総額						
初診年月日	令和 年()年	月 日	国保診療	令和 年()年	月 日	
受診医療機関	所在地					
	医療機関名					
上記のとおり届け出ます。						
令和 年()年 月 日						
住所 柏崎市						
世帯主氏名 (個人番号)						
電話番号 ()						
柏崎市長 様						