

給付事由が自損行為による場合の届書

被保険者番号		被保険者氏名		(歳)
事故発生日時	年 月 日	午前 午後	時 分	頃
事故発生場所				
事故原因と状況				
治療 関係	治療を受けた病院名	期 間	被保険者証使用の有無	
		年 月 日～ 年 月 日	有・無	入院・通院
		年 月 日～ 年 月 日	有・無	入院・通院
		年 月 日～ 年 月 日	有・無	入院・通院
	病気の経過	治った ・ まだ治療中 ・ 中止 ・ 死亡		
その他				
<p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住所 被保険者 氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">TEL()</p> <p>高知県後期高齢者医療広域連合長 様</p>				

(印)