

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: center;">申請者 (世帯主) 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">TEL () - ⑩</p> <p>黒潮町長(黒潮町国民健康保険) 様</p>				