

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	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
		年 月 日	～	年 月 日	有	・ 無
		年 月 日	～	年 月 日	有	・ 無
	病気の経過	治った		・ まだ治療中	・ 中止	・ 死亡
その他の						
上記のとおり届出します。						
年 月 日						
住所						
被保険者						
氏名					(印)	
TEL()						
高知県後期高齢者医療広域連合長 様						