

交通事故（自損事故）の届

平成 年 月 日

韮崎市長 殿

届出者 住所

氏名

TEL

私は、交通事故（自損事故）により医療機関にかかりたいので、次のとおりお届けします。

被保険者証記号・番号									
医療給付を受ける者		氏名	生年月日						
			性 別	男・女					
事故の内容	発 生 日 時	平成	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
	発 生 場 所								
	事故原因と状況								
	警察署への届	届出済・未届			警察署				
	心身の状況	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（ ）							