

国民健康保険傷病届

被保険者証の 記号・番号	記号		一般・退職被 保険者等の別	退職者本人	
	番号			一般	退職者扶養
傷病を受けた者	氏名			世帯主 との続柄	
	生年月日	年	月		日
事故発生年月日	年 月 日 午前・午後 時 分 ごろ				
事故の原因と その状況					
傷病名及び 負傷程度			初診日	年 月 日	
			療養の過程	入院 ・ 通院 ・ 治療	
治療を受けた 医療機関	所在地				
	名称				
備考					
上記のとおり届けます。					
年 月 日					
(あて先)					
戸 田 市 長					
			世帯主	住所	
			氏名 ㊟		
			電話 ()		

記入例

国民健康保険傷病届

保険証の上部に「退本」「退扶」と書いてある場合は、いずれかに○をしてください。

			課長	主幹	受付
			-	-	-
被保険者証の 記号・番号	記号	記号 = 戸田	一般・退職被 保険者等の別	一般	退職者本人
	番号	保険証の右上に記載されている6桁の数字			退職者扶養
傷病を受けた者	氏名	戸田 太郎		世帯主 との続柄	本人、妻、子 等
	生年月日	昭和50年 1月 1日			
事故発生日	令和元年 5月 1日 午前 午後 10時 35分 ごろ				
事故の原因と その状況	例1) 国道17号をバイクで走行中にスリップし、転倒した。				
	例2) 業務中に高所から誤って落下したが、個人事業主のため労災未加入。				
	例3) 車を発進させる際に、アクセルとブレーキを踏み間違え壁に激突した。				
	例4) 自転車で走行中に、正面から向かってきた相手自転車と接触し転倒した。				
	など				
傷病名及び 負傷程度	肋骨骨折、左肘・両膝打撲 全治3ヶ月等		初診日	令和元年 5月 1日	
			療養の過程	入院 ・ 通院 ・ 治療	
治療を受けた 医療機関	所在地 戸田市美女木1-1-1				
	名称 ○○病院				
備考	×				
上記のとおり届けます。					
令和 年 月 日 (あて先) 戸田市長			必ず朱肉を使用する印鑑で押印をお願いします。		
記入した日付	世帯主	住所	戸田市上戸田1-18-1		
		氏名	戸田 太郎 (印)		
		電話	(111) 1111		