

## 傷病届(自損事故)

被害者	被保険者の 記号番号		保険の種類	調布市国民健康保険		
被害者氏名				年 月 日生	世帯主と の続柄	
加害者 (法人)	住 所	*****			労災適用	
	会社名	*****			可 (否)	
	担当者	*****			(自営業・事業主)	
発病の原因又は 負傷事の様況						
疾病又は負傷の 程度			治療まで の 見込み	入院	円	
				通院	円	
				医療費総額	円	
国民健康保険による診療は		年 月 日から <u>している・していない</u>				
診療を受けた 保険医療機関名						
けがに至った原因又は 負傷時の状況						
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおりお届けします。						
年 月 日		住所				
		世帯主氏名				
調布市長 宛		電話番号				

- 注
- 1 けがに至った原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
  - 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に、例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添い費用はどちらで負担する、過失割合等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。
  - 3 後日調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください