

傷病原因届出書

令和 年 月 日

豊見城市長 殿

世帯主 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

日 時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
場 所	
負傷者氏名	
傷病原因 (該当番号を○で囲んで下さい。)	1. 交通事故 (自損事故以外) 2. 交通事故 (自損事故) 3. 傷 害 (他人にケガをさせられた) 4. 工作中的事故 勤務先 所在地 _____ 名 称 _____ 連絡先 _____ 5. その他 ()

注) 第三者の不法行為や交通事故などで怪我をし、国民健康保険で治療を受けた場合には、国民健康保険法施行規則第32条の6により市町村に届け出する義務があります。