

自損事故による傷病届（交通事故を除く）

保険者番号
処理年月日
処理番号

受 傷 者	フリガナ		性 別		生年 月日	年 月 日	被保険者 番号	
	氏名				年齢	才		
	住所	〒						TEL
	職業(勤務先)							TEL

事 故 の 原 因 ・ 状 況 等	受傷日時	平成	年	月	日	午前 午後	時	分頃	天候
	受傷場所								
	受傷の原因								
	受傷の状況 (どのようにして受傷したのか、又は、何が原因で事故を引き起こしたのか具体的に記入してください)								

診療	後期高齢者医療制度で診療した日	平成	年	月	日	治療を受けた病院等の所在地と名称	当初	
----	-----------------	----	---	---	---	------------------	----	--

同 乗 者	同乗者の有無	有 無							
	フリガナ				性 別		生年 月日	明 大 昭 平	年 月 日
	氏名								
	住所	〒						TEL	
	連絡先								

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

被保険者 住 所

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

氏 名

Ⓜ

電話番号

- 注 1. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
 2. 交通事故証明書の交付を受けている場合は原本を提出してください。
 3. 右欄上の保険者番号等の記入はしないでください。