

| | | | |
|------|-----|--|---|
| 専務理事 | 事務長 | | 係 |
| | | | |

自損事故による疾病届（交通事故）

| | | | | | | |
|--|--|---|-----------|----------|----------------|-------|
| 受 傷 者 | 被保険者証記号 | | 番 号 | | 組 合 員 との続柄 | 本人・家族 |
| | フリガナ | | 性 別 | 生 年 日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | 男・女 | 月 日 | | |
| 受 傷 の 原 因 ・ 状 況 等 | 受 傷 日 時 | 令和 年 月 日 午前・午後 時 分 頃 | | | | |
| | 受 傷 場 所 | | | | | |
| | 受 傷 の 原 因 (該当するものを○で囲む) | わき見・いねむり・スピードの出しすぎ (km/h) 飲酒運転・酒気帯び運転・無免許・路面スリップ その他 () | | | | |
| | 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) | | | | | |
| | 運 転 を す る に 至 っ た 理 由 | | | | | |
| | 警 察 署 へ の 届 出 | 届 済 ・ 未 届 (いずれかに○印) | | | | |
| 同 乗 者 | 同乗者の有無 | 有 ・ 無 | | | | |
| | フリガナ | | 性 別 | 生 年 日 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | 男・女 | 月 日 | | |
| | 住 所 | 〒 | | 電話番号(自宅) | | |
| | 連絡先(勤務先) | | 電話番号(勤務先) | | | |
| 診 療 し た 医 療 機 関 等 | 医 療 機 関 等 名 | | | | | |
| | 診 療 期 間 | 自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日 | | | | |
| 行 政 処 分 の 内 容 | 医 療 機 関 等 名 | | | | | |
| | 診 療 期 間 | 自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日 | | | | |
| <p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様</p> <p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり必要書類を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>自宅住所 〒 電話番号 ()</p> <p>申請人(組合員) 氏名 (印)</p> | | | | | | |