様式　第10号の4

自損事故による疾病届（交通事故）

受傷者	被保険者証の記号番号				組合員との続柄	本人・家族
	フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 昭和 平成　年　月　日		
受傷の原因・状況等	受傷日時	平成　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・スピードの出し過ぎ（　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 氏名		性別 男・女	生年月日 明治 大正 昭和 平成　年　月　日		
	住所	〒		電話（自宅）		
	連絡先（勤務先）			電話（勤務先）		
診療した医療機関	医療機関名					
	診療期間	自 平成　年　月　日　至 平成　年　月　日				
行政処分の内容	医療機関名					
	診療期間	自 平成　年　月　日　至 平成　年　月　日				

関東信越税理士国民健康保険組合理事長　様

上記のとおりお届けします。

平成　年　月　日

〒

住　所

（組合員）氏　名　　㊞

電話番号

注 1 提出時までに不明な点は、そのままにして提出し、後日判明した時点で御連絡ください。
2 事故証明書はできる限り原本を添付してください。