

健康こども課決裁欄				
課長	課長補佐	班長	課員	担当者

窓口担当課	健康こども課	
本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 保険証（健康・介護） <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他	受付者

## 自 損 事 故 届

(あて先) 南部町長

事故の当事者	氏名		生年月日		性別 男・女	個人番号						
			昭・平・令 年 月 日									
	世帯主との続柄		住所				電話 - -					
	職業		勤務先等住所				勤務先等電話 - -					
	診療を受けた医療機関の名称			診療開始日		国保の診療開始日		診療終了見込み				
				年 月 日		年 月 日		年 月 日				
事故の原因及び状況	発生年月日											
	年 月 日 午前・午後 時 分頃											
	発生場所											
	現場の状況図											
説明文		..... ..... ..... ..... .....										

上記のとおり届けます。

					令和 年 月 日						
(届出人) 世帯主	被保険者記号番号	南 .			氏名	Ⓜ					
	住所	〒									
窓口に来られた方	世帯主以外の方が窓口に来られた場合に記入										
	氏名	Ⓜ			続柄	(世帯主の)					
	住所	〒									
					電話番号 - -						