

自損行為による保険事故届

令和 年 月 日

愛知県信用金庫健康保険組合御中

下記のとおりお届けいたします。

記号		番号		事業所名	
氏名				生年月日	年 月 日
住所					
被扶養者の場合	氏名		生年月日	年 月 日	続柄
傷病名				診療開始日	平・令 年 月 日
治療した医療機関	名称				
	名称				
転 帰	入院中 ・ 通院中 ・ 治ゆ ・ 中止 (平・令 年 月 日現在)				
事故発生日				警察の届出	有・無
事故発生場所					
種 別	自転車 ・ バイク ・ その他()				
事故発生状況 (具体的に)	(何をして)				
 (どうした)				
				