

自損行為（ ）による傷病届

年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者番号

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私の自損事故（ ）について下記のとおり届け出ます。

項 目	内 容	
発 生 日	年 月 日	午前 ・ 午後 時 分頃
内 容		
医療機関等	医療機関名	
	受診内容	救急車（ 有 ・ 無 ） 傷病名（ ） 入院・外来（ 日）