

## 自 損 事 故 に よ る 傷 病 届

被保険者証の記号番号	平川 一	被保険者の氏名			男・女( 歳)
事故の日時	年 月 日	午前・午後	時	分	頃
事故の場所					
事故の原因	(該当するものを○で囲む) 脇見      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(				
同乗者の有無	無 有 同乗者の住所 .....  同乗者の氏名 .....				
受傷の状況 ※どのようにして 事故になったのか 具体的にかいて 下さい。					
治療した医療機関	医療機関名		期 間	年 月 日から	年 月 日まで
行政処分の内容	違反点数	有 (	点)	無	
	罰金の額	有 (	円)	無	

以上のとおり、届出します。

年 月 日

平 川 市 長 殿

住所 \_\_\_\_\_

世帯主 \_\_\_\_\_ 印