








事故に係る傷病届										受付印		
被保険者	被保険者記号番号			弘前				世帯主との続柄				
	住所	弘前市大字						職業				
	氏名				昭和 平成 令和	年 月 日生		電話				
	個人番号											
事故の状況	発生年月日		年 月 日 午前・午後 時 分頃									
	場所											
	事故発生状況略図											
	<div>甲 車 </div> <div>甲車以外の車 </div> <div>進行方向 </div> <div>信 号 </div> <div>一時停止 </div> <div>人 間 </div> <div>自転車 オートバイ </div>											
図の説明	<div></div> <div></div> <div></div>											
警察への届出		有 ・ 無		無免許運転(当 ・ 否) ・ 飲酒運転(当 ・ 否) スピード違反(当 Km ・ 否) ・ その他()								
医療関係	傷病名及び傷病の程度											
	医療機関の所在地・名称											
	国保による診療の期間		年 月 日から 入院中 ・ 通院中 ・ 治癒(年 月 日)									
上記のとおり、届け出ます。												
年 月 日												
住所 弘前市大字 世帯主氏名 (個人番号)												
弘 前 市 長 殿												

注 交通事故の場合は、交通事故証明書を添付してください。