

# 被 保 険 者 証 使 用 申 請 書

大網白里市長 様

申請者住所 大網白里市

世帯主氏名

被保険者氏名

令和 年 月 日に発生した 第三者行為 ・ 自損 による  
傷病を国民健康保険で治療したいので、被保険者証の使用を承認されたく関係  
書類を添えて申請します。

傷病届（交通事故以外）

事 故 の 当 事 者			
国保記号番号	7 6 ・	電話番号	
氏名		生年月日	
事故発生年月日	令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分頃		
事故発生場所			
事故の区分	自 損 ・ その他（ ）		
事故発生当時の 具体的状況及び 傷害の程度			
診療を受けた（受 けている）病院名 及び所在地	病院名		
	所在地		
診療見込期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
運転免許証の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	取扱警察署又は現任 者住所氏名	
事故発生状況等 に関する聴取者の意 見等			

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

大 網 白 里 市 長 様

（世帯主） 住所地 大網白里市

氏名

# 事故発生状況報告書 (交通事故以外)

上記内容に間違いありません。

年 月 日 届出者 (被保険者) : \_\_\_\_\_ 印

※署名又は記名・

加 害 者 (第 三 者)		被 害 者 (被保険者)	
事 故	けんか ・ ペットの噛みつき ・ 施設での事故 その他 ( _____ )		
※事故の原因と状況をできるだけ詳しく書いてください。	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
※上記説明の図を書いてください	事故発生状況略図 (被害の状況を詳しく図示してください。)		

押印