様式第４号（国民健康保険）

**事　　　故　　　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | 被保険者証の  記号番号 | | | 石岡 | フリガナ  被保険者名  （被害者名） | 年　月　日生 | | 世帯主との  続柄 |  |
| 個人番号 | | | |  | | | | | |
| 負傷の日時及び場所 | | 午前  　年　　月　　日　　　　　　　　時　　分頃，場所  　　　　　　　　　　　　　午後 | | | | | | | |
| 発病の原因  又は  負傷時の状況 | | | |  | | | | | |
| 疾病又は  負傷の程度 | | | |  | | 治癒までの見込 | 入院　　　　　　　　　日  通院　　　　　　　　　日 | | |
| 診療を受けた  保険医療機関 | | | 当初 |  | | 転医後 |  | | |
| 国保による診療 | | | | 1. 年　　月　　日からしている。   ２．していない | | | | | |
| 免責事項  に関する調 | | | | 上記事故は，違法行為による事故でないことを申告いたします。  また，後日それらが，発覚した場合は，保険給付を全額返還いたします。  　　　　　　　　　　　　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |
| 国民健康保険法施行規則第３２条の６の規程により上記のとおりお届けします。  　　　 　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　石岡市長　　宛 | | | | | | | | | |