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 |