

令和 年 月 日
保険者 池田市

単独事故(自損事故)等に関する報告書

国保番号		受診者氏名	
受診医療機関 ※複数受診している場合はすべて記入してください			
初診月	年 月	傷病名	

上記の受診について、下記の要因により受診いたしました。

傷病原因 当てはまる番号を○で囲んでください	1. 単独事故(自損事故)等で加害者がいないとき
	2. 地震や天災によるもの
	3. その他 (理由)
事故発生状況 (詳細に)	事故発生年月日 年 月 日

上記の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

印

届出人 上に同じ

池田市長様

受付印