自損事故による傷病届

被保険者証記号番号	黒石	電話番号	
被保険者の氏名	男・女	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）
事故の日時	令和　年　月　日　午前・午後　時　分頃		
事故の場所			
事故の原因	（該当するものを〇で囲んでください） ・わき見　・居眠り　・スピードの出し過ぎ（　km/h） ・飲酒運転　・酒気帯び運転・無免許 ・その他（　）		
同乗者の有無	有・無 有の場合　同乗者の氏名 同乗者の住所		
受傷の状況 （どのようにして事故になったか具体的に記入してください。）			
治療した医療機関名			
治療期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日		
行政処分の内容	違反点数	有（　点）・無	
	罰金の額	有（　円）・無	

上記のとおり、届出します。

令和　年　月　日

世帯主　住所　黒石市

氏名

黒石市長殿