自 損 事 故 に よ る 傷 病 届

被保険者記号・番号	平川　ー	被保険者の氏名	（　　歳）
事故の日時	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む） 脇見　　いねむり　　スピードの出し過ぎ（　　Km/H） 飲酒運転　　酒気帯び運転　　無免許　　路面スリップ その他（		
同乗者の有無	無 有　同乗者の住所 同乗者の氏名		
受傷の状況 ※どのようにして事故になったのか具体的にかいて下さい。			

治療した医療機関	医療機関名		期　間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで
行政処分の内容	違反点数	有　（　　点）　無		
	罰金の額	有　（　　円）　無		

以上のとおり、届出します。

年　　月　　日

平 川 市 長　殿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿