

## 給付事由が自損行為による場合の届書

被保険者番号	被保険者氏名	( 歳 )
事故発生日時	平成 年 月 日	午前 午後 時 分頃
事故発生場所		
事故原因と状況		
治療を受けた病院名	期間	被保険者証使用の有無
治療関係	年 月 日～年 月 日	有・無 入院・通院
	年 月 日～年 月 日	有・無 入院・通院
	年 月 日～年 月 日	有・無 入院・通院
病気の経過	治った・まだ治療中・中止・死亡	
その他		
上記のとおり届出します。		
平成 年 月 日	住所	
	被保険者 氏名	(印)
	TEL( )	