

負傷原因報告書

被保険者情報	被保険者証の記号	番号	生年月日	年	月	日
	(左づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ) _____		※自署の場合は押印を省略できます。 (印)		
住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 -)	岩手 都 道 県	久慈市			
	TEL ()					

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択ください。	<input type="checkbox"/> 自営業、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
	傷病名	
	負傷日時	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時頃
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤/ <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等なし) <input type="checkbox"/> その他()
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
	負傷原因 次に当てはまるものがありますか。	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 闘争(ケンカ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。 また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 ※相手がいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。
	負傷した時の状況を具体的にご記入ください。	
	治療を受けた医療機関名	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
治療経過	平成 年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	
治療期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

久慈市長 様

世帯主 住所

氏名

(続柄) 本人・負傷者の _____

電話