

事 故 傷 病 届

| | | | | | | |
|---|---|-------------------------|---------|--------|-------|-----|
| 受 傷 者 | 被 保 険 者 番 号 | | | | | |
| | 被 保 険 者 氏 名 (受 傷 者 名) | | 生 年 月 日 | 年 | 月 | 日 生 |
| 事 故 及 び 負 傷 の 状 況 | 受 傷 の 日 時 及 び 場 所 | 受傷した場所・住所 年 月 日 時 分頃 | | | | |
| | 受 傷 原 因 と 状 況 <small>(何をしているときに、 どのようなことが原因 で受傷・事故を引き起 こしたのか具体的に記 入して下さい)</small> | | | | | |
| | 傷 病 名 | | | | | |
| | 病 院 名 | ① | (入院・外来) | 自 至 | 年 月 日 | 治療中 |
| | ② | (入院・外来) | 自 至 | 年 月 日 | 治療中 | |
| | ③ | (入院・外来) | 自 至 | 年 月 日 | 治療中 | |

| | | | | | |
|------------------------|---------------|-------------------------|-------------------|--------------|--|
| 自 損 事 故 の 場 合 記 入 | 警 察 へ の 届 出 | 届 出 済 み (警 察 署) ・ 未 届 | | | |
| (該当するものを○で囲んで ください) | 違 反 点 数 の 有 無 | あり(点) ・ なし | 罰 金 ・ 反 則 金 の 有 無 | あり(円) ・ なし | |

| | | | | | |
|------------------------|---|--------------------------|---------|---------|--|
| 労 災 事 故 の 場 合 記 入 | 労 災 保 険 の 有 無 | あり ・ なし ・ 適 用 外 (理 由 :) | | | |
| (該当するものを○で囲んで ください) | 勤 務 先 <small>(労災保険「なし」の場合記入)</small> | 名 称 | 代 表 者 名 | 電 話 () | |

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて
上記のとおり届出します。

年 月 日

被 保 険 者 住 所

氏 名 (印)

電 話 番 号