

負傷（傷病）原因報告書

国民健康保険	一般・退職・高齢	記号番号			
福祉医療	子・精・障・母	受給者番号		保険者名	

負傷者氏名					
生年月日	昭・平・令	年	月	日	
負傷日時		年	月	日	午前・午後 時 分頃
場所 (詳しく)					
負傷原因	A 交通事故 B 仕事中的事故 C その他の事故 ()				
	ア 自損事故	イ 相手がある	ウ 同乗者		
	エ 労災保険有り	オ 労災保険なし			
負傷（傷病）時の状況					
診療を受けた 医療機関				入院 外来	

上記のとおり報告します。

みよし市長 殿

令和 年 月 日

届出人 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 () _____

負傷者との続柄 ()