事故傷病届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受傷者 | 被保険者  記号・番号 |  | | |
| 被保険者氏名  （受傷者名） |  | 生年月日 | 大・昭  平・令　　　年　　　月　　　日 |
| 事故及び負傷の状況 | 受傷の日時  及び場所 | 年　　　月　　　日　　　時　　　分頃  場所： | | |
| 受傷原因と状況  （どのようにして受傷したのか、何が原因で事故を引き起こしたのか具体的に記入して下さい） |  | | |
| 傷病名 |  | | |
| 病院名 | 自　　　　年　　　月　　　日～  ①　　　　　　　　　　　（入院・外来）　　　　　　　　　　　　　治療中  　　　　　　　　　　　　　　　　　　至　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 自　　　　年　　　月　　　日～  ②　　　　　　　　　　　（入院・外来）　　　　　　　　　　　　　治療中  　　　　　　　　　　　　　　　　　　至　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 自　　　　年　　　月　　　日～  ③　　　　　　　　　　　（入院・外来）　　　　　　　　　　　　　治療中  　　　　　　　　　　　　　　　　　　至　　　　年　　　月　　　日 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 自損事故の場合記入  （該当するものに〇） | 警察への届出 | 届出済み（　　　　警察署）　・　未届 | | |
| 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  （該当するものに〇） | 労災保険の有無 | あり　・　なし　・　適用外（理由：　　　　　　　　　） |
| 勤務先（労災保険「なし」の場合記入） | 名称　　　　　　　　　　　代表者名  　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　） |

|  |
| --- |
| （宛先）越生町長  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　　　　（　　　） |