

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	平成 年 月 日 時 分頃 場所:			
	受 傷 原 因 と 状 況 <small>(どのようにして受傷したのか、又は、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)</small>				
	傷 病 名				
	病 院 名	①	(入院・外来)	自 平成 年 月 日～	治療中
②		(入院・外来)	自 平成 年 月 日～	治療中	
③		(入院・外来)	自 平成 年 月 日～	治療中	

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

あて

上記のとおり届出します。

年 月 日

被 保 険 者 住 所

氏 名 ㊟

電 話 番 号