

### 負傷原因報告書

被保険者証記号番号	世帯主氏名	負傷者氏名	職業 (勤務先)	続柄
島6 -				
いつ(負傷した日時)	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
どこで(負傷した場所)				
どんなとき (負傷時の状況)	<input type="checkbox"/> 通勤途中※ <input type="checkbox"/> 勤務中※ <input type="checkbox"/> 自分の用事 <input type="checkbox"/> その他 [※通勤途中又は勤務中の場合 労災(特別)加入 <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無]			
負傷の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故での負傷 [ <input type="checkbox"/> 自分の運転 <input type="checkbox"/> 同乗中 <input type="checkbox"/> 歩行中 ]			
	<input type="checkbox"/> 犬猫等による負傷 飼い主が [ <input type="checkbox"/> あなた <input type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> 不明 ]			
	<input type="checkbox"/> 喧嘩等による負傷 相手が [ <input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> 不明 ]			
	<input type="checkbox"/> その他 [ ]			
だれと (相手方の住所氏名等)	相手方はいますか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない(単独事故) ※相手方がいる場合は下記も記入してください。		
	住所			
	氏名			
	電話番号		職業 (勤務先)	
警察への届出	<input type="checkbox"/> 届けた <input type="checkbox"/> 届けてない			
どのようにして負傷しましたか(その状況についてできるだけ詳しく書いてください)				
保険証の使用の状況	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない			
負傷の程度	入院	日	通院	日
受診した医療機関				

上記のとおり報告します。

年 月 日

住所  
世帯主  
氏名  
電話番号(自宅・携帯)