

# 負傷原因報告書

(交通事故以外の時は事故発生状況報告書に代えて当該書類を提出)

記載例

被保険者情報	被保険者証の記号	番号	生年月日	年	月	日
	(左づめ)	0 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 大正	1	2	0 3 0 4
			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
	氏名・印	(フリガナ) コウキ ハナコ 後期 花子	※自署の場合は押印を省略できます。			
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒020-****)	岩手	都府	道県	盛岡市山王町〇-△
		TEL 019 (***) ****				

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 自営業、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )
	傷病名	右手咬傷
	負傷日時	平成30年9月10日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 6時頃
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤/ <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等なし) <input type="checkbox"/> その他( )
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )
	負傷原因 次に当てはまるものがありますか。	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ中( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 闘争(ケンカ) <input checked="" type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいいますか。 また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 ※相手がいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。
	負傷した時の状況を具体的にご記入ください。	早朝の散歩中、近所の知人が犬の散歩をしていたため、挨拶がてら犬の頭を撫でようとしたら突然咬まれた。
	治療を受けた医療機関名	岩手後期高齢者医療連合総合病院 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来
治療経過	平成30年10月10日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	
治療期間	平成30年 9月20日から平成 年 月 日まで	

上記のとおり報告します。

平成30年10月10日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者が届出人になります。被保険者が負傷等により届出が出来ない場合は、代わりに親族の方が記載し届出してください。

住所 盛岡市山王町〇-△

氏名 後期 太郎

(続柄) 本人・負傷者の 子

電話 019-\*\*\*-\*\*\*\*