

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	□大正	1	2	0 3 0 4
	氏名・印	(フリガナ) コウキ ハナコ 後期 花子	☑昭和	※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 道 府 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	☑被保険者・□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□を選択ください。	☑自営業、契約、派遣、パート、アルバイト □請負、ボランティア、インターンシップ等 □無職 □その他()
	傷病名	右手咬傷
	負傷日時	平成30年9月10日 ☑午前・□午後 6時頃
	負傷した時間帯(状況)	□勤務時間中 □勤務日の休憩中 □出張中 ☑私用中 □通勤途中(□出勤 □退勤/□寄り道等有り □寄り道等なし) □その他()
	負傷場所	□会社内 ☑路上 □駅構内 □自宅 □その他()
	負傷原因 次に当てはまるものがありますか。	□交通事故 □スポーツ中(□職場行事 □職場行事以外) □闘争(ケンカ) ☑動物による負傷(飼い主:☑有 □無) □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:☑有 ☑あなたは被害者 □あなたは加害者 □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 □入院 ☑外来
治療経過	平成30年10月10日現在 □治癒 ☑治療継続中 □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-***-****