**負傷（傷病）原因報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **日　　　　時** | **平成　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　時　　　分頃** | | |
| **場　　　　所**  **（詳しく）** |  | | |
| **負傷（傷病）者** | **氏名：** | **生年月日：明・大・昭　　年　　月　　日** | |
| **被保険者番号：** | |
| **負傷（傷病）原因**  **（はい・いいえ、どちらかに○印）** | **業務中・通勤途中によるものか？** | | **はい　・　いいえ** |
| **不法行為（飲酒運転や闘争等）によるものか？** | | **はい　・　いいえ** |
| **第三者行為（交通事故等）によるものか？** | | **はい　・　いいえ** |
| **負傷（傷病）時の状況（詳しくわかりやすく書くこと）** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

上記のとおり相違ないことを報告します。

平成　　年　　月　　日

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

報告者　住　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　（続　柄）　　　　　本人・負傷者の

電　話：