**負傷（傷病）原因報告書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住 所 | 袖ケ浦市 | | | | 被保険者番号/受給者番号 |
| 氏 名 |  | | | | 袖 |
| 発生日時 | 年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分頃 | | | | |
| 発生場所  （詳細に） |  | | | | |
| 警察署への届出 | 届出済・未届 | | 届出所轄署 | 警察署 | |
| 負傷（傷病）  の原因 | □交通事故（自爆）⇒　同乗者の有無（ 有 ・ 無 ） □けんか  □交通事故（相手有り）　　□その他（　　　　　） | | | | |
| 相手の住所 | | | | |
| 〃　氏名 | | | | |
| 心身の状況 | 本人 | 正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（　　　　　） | | | |
|  | 相手 | 正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（　　　　　） | | | |
| 加入中の  保険会社 | 会社名 |  | | | |
| 担当者・連絡先 |  | | | |
| 負傷（傷病）の原因及びその時の状況 | | | | | |
| （具体的に分かりやすく記入してください。また、その時の略図を記入してください。） | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| （図） | | | | | |
| 上記のとおり報告します。 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 世帯主（受給者） | | | 住 所 | | |
|  | | | 氏 名 | | |
|  | | | 電 話 （　　　　　）　　　－ | | |
| 袖ケ浦市長　　様 | | |  | | |
|  | | |  | | |

　　問い合わせ先　　袖ケ浦市役所　保険年金課　国保資格給付班　0438-62-3031