

負傷（傷病）原因報告書

住 所	袖ヶ浦市	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	<input type="checkbox"/> 交通事故（自爆）⇒ 同乗者の有無（有・無） <input type="checkbox"/> けんか <input type="checkbox"/> 交通事故（相手有り） <input type="checkbox"/> 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） <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="background-color: yellow;">住</td><td style="background-color: yellow;">所</td></tr> <tr><td style="background-color: yellow;">氏</td><td style="background-color: yellow;">名</td></tr> <tr><td style="background-color: yellow;">電</td><td style="background-color: yellow;">話</td></tr> </table> () -			住	所	氏	名	電	話
住	所							
氏	名							
電	話							
袖ヶ浦市長 様								