

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） 住 所		
氏 名		
電 話 () -		
袖ヶ浦市長 様		