

負傷原因報告書

被保険者情報	フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (才)	
	連絡先(自宅)	☎			世帯主氏名		続柄	
	連絡先(携帯、勤務先)	☎			職業			
	法 制	国保・退職	記号番号			個人番号		
後期高齢者		被保険者番号			個人番号	※記載の必要はありません		
介護保険		被保険者番号			個人番号	※記載の必要はありません		
事故の状況	受傷日時	年 月 日		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃			
	受傷場所							
	受傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> ボランティア						
		<input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()						
	受傷した状況	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中						
		<input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし)						
		<input type="checkbox"/> スポーツ等職場行事 <input type="checkbox"/> その他()						
	受傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> けんか・闘争 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)						
		<input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 店舗等施設の事故 <input type="checkbox"/> 傷害・暴力 <input type="checkbox"/> その他()						
	第三者有無の確認	上記受傷原因に起因する相手の有無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数) <input type="checkbox"/> 無 ※相手がいる負傷の場合は、「第三者行為による被害届(傷病届)」の提出が必要です。						
受傷したときの状況 (具体的に)	<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>							
診療関係	主たる傷病		治療を受けた 病院等の名称	(当初) 病院名	入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	(転医) 病院名	入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
	治療経過	年 月 日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止					
	治療期間	年 月 日 から	年 月 日					
上記のとおり報告します。 年 月 日 届出人 住所 氏名 滝沢市長 主濱 了 様 (被害者との続柄:) 電話番号								