

事故傷病届

受傷者	被 保 険 者 番 号					
	被保険者氏名 (受傷者名)			生年月日	年 月 日 生	
事故及び負傷の状況	受傷の日時 及び場所	年 月 日 時 分頃		受傷した場所・住所		
	受傷原因 と 状 況 (何をしているときに、 どのようなことが原因 で受傷・事故を引き起 こしたのか具体的に記 入して下さい)					
	傷 病 名					
	病 院 名	①	(入院・外来)	自 年 月 日	至 年 月 日	治療中
		②	(入院・外来)	自 年 月 日	至 年 月 日	治療中
③		(入院・外来)	自 年 月 日	至 年 月 日	治療中	

自損事故の場合記入 (該当するものを○で囲んで ください)	警察への届出	届出済み (警察署) ・ 未届		
	違反点数の有無	あり(点) ・ なし	罰金・反則金の有無	あり(円) ・ なし

労災事故の場合記入 (該当するものを○で囲んで ください)	労災保険の有無	あり ・ なし ・ 適用外(理由:)		
	勤 務 先 (労災保険「なし」の場合記入)	名称	代表者名	電話 ()

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり届出します。

年 月 日

被保険者 住所

氏名

電話番号

印