

負 傷 届

負傷者	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		年 月 日 ^① 生			
	被保険者の住所		TEL		職種			
	勤務先の名称		所在地		TEL			
	負傷者が被扶養者であるとき		氏名		年 月 日 生		続柄	
事故の内容	事故発生状況		発生年月日		年 月 日 時頃			
			発生場所		発生原因		工作中・通勤途上・その他	
	①なにのために(目的) どこからどこへ行くとき						
			②どこで(場所)					
			③なにをされていて(原因)					
			どうなったか(内容)					
	加害者の		氏名		住所		TEL	
			勤務先の名称		所在地		TEL	
	示談成立の状況						
	自動車事故の場合		自動車保有者の氏名		住所			
契約者の氏名			住所					
契約保険会社名			自賠責保険証明書番号		第 号			
自動車の種別			車台番号					
登録番号			管轄警察署					
診療を受けた医療機関		①		名称		診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	自費健保
				所在地				
		②		名称		診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	自費健保
				所在地				