

# 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 場 所:		
	受 傷 原 因 と 状 況  <small>(どのようにして受傷したのか、又は、何が原因で事故を引き起こしたのか具体的に記入して下さい)</small>			
	傷 病 名			
	病 院 名	①	(入院・外来)	自 年 月 日～ 至 年 月 日
	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	警察への届出	届出済み ( 警察署 ) ・ 未届		
<small>(該当するものを○で囲んでください)</small>	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	労災保険の有無	あり ・ なし ・ 適用外 (理由: )		
<small>(該当するものを○で囲んでください)</small>	勤 務 先 <small>(労災保険「なし」の場合記入)</small>	名称	代表者名	
			電話 ( )	

久喜市長 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