負　傷　届

負傷者	被保険者証記号・番号	・	被保険者氏名	㊞	生年月日	昭 平　年　月　日生	
	住所 電話番号	〒（　　ー　　）				TEL（　　）	
	被保険者勤務先	店 センター			職種		
	負傷者が被扶養者の時	氏名		続柄		生年月日	昭平 令　年　月　日生

事故発生状況（詳細に記入して下さい。）	発生年月日	平成 令和　年　月　日　時頃（その日は、出勤日・休日）	発生原因	仕事中 ・ 通勤途上 ・ その他
	発生場所			
	①何の為に（目的）			
	どこからどこへ行く時			
	②どこで（場所）			
	③何をしていて（原因）			
	どうなったか（内容）			

診療を受けた医療機関	①	名称		診療期間	自 平成 令和　年　月　日	自費
		所在地			至 平成 令和　年　月　日	健保
	②	名称		診療期間	自 平成 令和　年　月　日	自費
		所在地			至 平成 令和　年　月　日	健保

第三者行為の場合	加害者	氏名		住所 電話番号	〒（　　ー　　）	TEL（　　）
		勤務先の名称		所在地 電話番号	〒（　　ー　　）	TEL（　　）
	加害者が不明の時	その理由				
	警察官立会いの有無	あった ・ なかった ・ なかったが届け出済み		管轄警察署		
	示談成立の状況	（示談成立している時はその写しを添付して下さい。）				

自動車事故の時 加害者の保険加入状況	自賠責	契約者氏名		住所	
		保有者氏名		住所	
		証明書番号	第　　号	車種	
		車台番号		登録番号	
		保険会社名		担当者名	TEL（　　）
	任意	契約者氏名		証明書番号	
		保険会社名		担当者名	TEL（　　）