

事 故 傷 病 届

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| 受 傷 者 | 被保険者証の 番 号 | | | |
| | 被 保 険 者 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 の 原 因 と 状 況 (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) | | | |
| | 傷 病 名 | | | |
| | 病 院 名 | ① | 自 年 月 日～ (入院・外来) 治療中 至 年 月 日 | |
| | ② | 自 年 月 日～ (入院・外来) 治療中 至 年 月 日 | | |
| | ③ | 自 年 月 日～ (入院・外来) 治療中 至 年 月 日 | | |
| 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(点)・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 () |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">申請者</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">連絡先 _____</p> | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|