負傷（傷病）原因報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号番号 | | 太田国 | | | 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給資格者番号 | |  | | | 公費負担者番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者（受給資格者）氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故 | 日時 | 年　　　月　　　日　　午前・午後　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 場所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷原因 | 第三者  行　為 | □交通事故 | | 違法行為 | □有　→  □無 | | 飲酒・薬物・無免許・速度超過  その他〔　　　　　　　　　　 〕 | | | | | | | | | | | | |
| □傷害〔 暴行・けんか・泥酔中 〕 □咬傷（第三者の飼い犬等）  □その他の事故〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自　損  行　為 | □交通自損 | | 違法行為 | □有　→  □無 | | 飲酒・薬物・無免許・速度超過  その他〔 　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | | | | |
| □自傷行為〔 精神障害等　□有(　　 　　　　　　　　 )　□無　　〕  □泥酔 □咬傷（飼い犬等）　□その他〔　　　　　　 　　 　　　　　　 〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業務中の  事故 | 労災保険  □有 □無 | 勤務先 | 電話 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生原因及び  その状況  （詳細に記入してください） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下、第三者行為の場合記入 | | | | | | 連合会への書類提出 | | | | | □要提出 □不要 | | | | | | | | |
| 第三者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償 | □有  □無 | 保険会社名  電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 警察への届出 | | □有　 □無 | | | 示談 | | □成立　□交渉中　□未交渉 | | | | | | | | | | | | |

国民健康保険診療取扱いの決定を願いたく、上記のとおり報告します。

　　　　　　年　　　月　　　日

世帯主　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 　　　㊞

　　　　　　　　　　　 　　　電　話

（宛先）太田市長

※届出時に示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。