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。