

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	受傷した場所・住所		
	受傷原因と状況 <small>(何をしているときに、どのようなことが原因で受傷・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 <small>(該当するものを○で囲んでください)</small>	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(円) ・ なし

労災事故の場合記入 <small>(該当するものを○で囲んでください)</small>	労災保険の有無	あり ・ なし ・ 適用外 (理由:)		
	勤務先 <small>(労災保険「なし」の場合記入)</small>	名称	代表者名	電話 ()

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 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