

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) 至 年 月 日	治療中
	②	自 年 月 日～ (入院・外来) 至 年 月 日	治療中	
	③	自 年 月 日～ (入院・外来) 至 年 月 日	治療中	
自損事故の場合記入 <small>(該当するものを〇で囲んでください)</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(点) ・なし
労災事故の場合記入 <small>(該当するものを〇で囲んでください)</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 ()

上記のとおり届出します。

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____