

事 故 傷 病 届

受 傷 者	被保険者証の 番 号		世帯主との続柄		
	被保険者名 (受傷者名)		生年月日		
事 故 及 び 負 傷 の 状 況	受傷の日時 及び場所	平成 年 月 日 午前・午後 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 に記入してください)				
	傷 病 名				
	病 院 名	① (入院・外来)	自 平成 年 月 日～ 至 平成 年 月 日	治療中	
		② (入院・外来)	自 平成 年 月 日～ 至 平成 年 月 日	治療中	
③ (入院・外来)		自 平成 年 月 日～ 至 平成 年 月 日	治療中		
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()・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			

上記のとおり届出します。	
平成 年 月 日	
北 秋 田 市 長 様	
〒 018-	
申請者 (世帯主)	住所 北秋田市
	氏 名 印
	連絡先