

負傷原因報告書（傷病届）

記入例

負傷者	氏名	国保 花子		生年月日	S・H・R 46年 4月 6日		
	被保険者 記号・番号	1234 - 5678					
相手方	住所	伊勢崎市〇〇町567番地8			氏名	社保 一郎	
					電話		
発生日時	令和 〇〇年 〇月 〇日 〇時 〇分頃	発生場所			〇〇市〇〇町910番地11 (不明であれば未記入で可)		
負傷原因	交通事故【単独・相手不明 その他 (本人過失10割)】 運転免許： <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 飲酒：有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 その他（ 該当を〇で囲んでください。その他の場合は、原因をご記入ください。 ）						
負傷の程度	頸椎捻挫、右大腿骨骨折ほか			全 治	年 2ヶ月		
負傷時の 状況及び 経緯	例）赤信号で停車していた相手車両に追突した際に負傷した。 例）信号が赤であることに気がつかず交差点に進入し、相手車両と衝突し負傷した。 例）センターラインを越えて走行してしまい、相手車両と接触し負傷した。 事故時の状況をご記載ください。						
	工作中または通勤中の負傷			該当する ・ <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない			
同乗者等	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名： 〇〇 〇〇 住所： △△市×××町987-6)						
保険対応	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (会社名： 〇〇損保(株) 連絡先： 027-×××-××××)						
医療機関	初診	令和 〇〇年 〇月 〇日					
	当初	△△病院			電話	00-0000	
	転院後	〇〇接骨院			電話	02-0000	
示談の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	令和〇〇年〇月 治療終了 令和〇〇年〇月 示談			警察へ の届出	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無	
	<input type="checkbox"/> 無						
上記のとおり報告します。 令和 〇〇年 〇月 〇日 伊勢崎市長 様 住所 伊勢崎市〇〇町123番地4 世帯主 氏名 国保 太郎 電話 24-〇〇〇〇							