

## 負 傷 届

負 傷 者	被保険者証 の記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名	昭・平 年 月 日生		
	被保険者の 住 所	TEL ( )			職 種		
	勤務先の名称	所在地		TEL ( )			
	負傷者が被扶養 者であるとき	氏名	昭・平・令 年 月 日生			続 柄	
事 故 の 内 容	事 故 発 生 状 況	発 生 年 月 日	年 月 日 AM・PM		時 頃		
		発 生 場 所	発 生 原 因	工作中・通勤途上・その他			
	な る べ く 詳 細 に 記 入 し て 下 さい。	①何のために(目的)					
		どこからどこへ行く時					
		②何をしていた(内容)					
		どうなったか(原因)					
加 害 者	氏 名	住 所		TEL ( )			
	勤務先 の名称	所在地		TEL ( )			
示談成立 の 状 況	(示談成立しているときはその写を添付して下さい。)						
自 動 車 事 故 の 場 合  (加害者の自 賠責保険につ いて記入して ください)	自動車所有者 の 氏 名	住 所					
	契 約 者 の 氏 名	住 所					
	契 約 保 險 会 社 名	自賠責保険 証 明 書 番 号		第 号			
	自 動 車 の 種 別	車 台 番 号					
	登 録 番 号	管 轄 警 察 署					
診 療 を 受 け た 医 療 機 関	①	名 称	診 療 期 間	自	年 月 日	自 費 保 健 保	
		所 在 地		至	年 月 日		
	②	名 称	診 療 期 間	自	年 月 日	自 費 保 健 保	
		所 在 地		至	年 月 日		