

# 傷 病 原 因 届

被保険者証記号番号	和6一	一 般 ・ 退 職
被保険者氏名		生年月日 年 月 日( 歳)
発病又は負傷した日時	平成 年 月 日	午前・午後 時 分頃
発病又は負傷の場所		
傷 病 原 因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 交通事故</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第三者行為 ※第三者行為による傷病届が必要です。</li> <li>・ 自損事故 同乗者 有 (氏名 )・ 無</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 傷害(第三者から受けた傷病) ※第三者行為による傷病届が必要です。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 業務上(通勤途中を含む) ※労災保険による給付が受けられない理由</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ その他上記以外(被保険者本人の不注意等による負傷)</li> </ul>	
発病又は負傷したときの状況(詳しく記入してください。)		
医療機関名		初診日 平成 年 月 日
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>田辺市長 殿</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">_____ (印)</p> <p>※被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届けてください。</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>		