

傷 病 原 因 届

被保険者記号番号	和6ー		
被保険者氏名		生年月日	年 月 日(歳)
発病又は負傷した日時	年 月 日	午前・午後	時 分頃
発病又は負傷の場所			
傷 病 原 因	・ 交通事故	・第三者行為	※第三者行為による傷病届が必要です。
		・自損事故	同乗者 有 (氏名 _____)・ 無
	・ 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。
	・ 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 _____		
	・その他上記以外(被保険者本人の不注意等による負傷)		
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	年 月 日
上記のとおりお届けします。			
年 月 日			
田辺市長 様			
住 所 _____			
氏 名 _____			
<small>※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。</small>			
電話番号 _____			