

# 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	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。  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 田辺市長 様  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">住 所 _____</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">氏 名 _____</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">電話番号 _____</div>		
※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。		