

## 負傷原因報告書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 氏 名 (負 傷 した 方)	
生 年 月 日	. .	住 所	
負 傷 日 時	年 月 日	午前・午後	時 分頃
負 傷 場 所			
負 傷 原 因	交 通 事 故	第 三 者 行 為 <sup>※</sup> ・ 自 損 事 故	
	仕 事 中 の ケ ガ	労 災 保 険 有 り <sup>※</sup> ・ 労 災 保 険 な し	
	そ の 他		
	<small>※第三者行為による場合は、後日改めて必要な書類を提出してください。                  ※労災保険該当の場合は、国民健康保険での治療は受けられません。</small>		
警 察 へ の 届 出	あ り ・ な し		
負 傷 時 の 状 況	(できるだけ詳しく記入してください)		
治 療 を 受 け る 医 療 機 関 等			
第 三 者 行 為 の 場 合 相 手 方 の 住 所 ・ 氏 名 ・ 電 話 番 号	住 所		
	氏 名		
	電 話 番 号		
上記のとおり報告します。  <div style="text-align: center;">                     年 月 日                       岡 谷 市 長 殿                        住 所                       氏 名                       電 話 番 号                 </div>			