

負 傷 届

負傷者	被保険者証の記号・番号			被保険者氏名	明・大・昭 年 月 日 [㊦] 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	明・大・昭・平 年 月 日 日生			続 柄		
事 故 発 生 状 況	発 生 日	平成	年	月	日	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。〕	-----						

加 害 者	氏 名				住 所	〒 TEL		
	勤務先の名称				所在地	〒 TEL		
の 内 容	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)							
等 場 合	自動車保有者の氏名				住 所			
	契約者の氏名				住 所			
	契約保険会社名				自賠責保険証明書番号	第	号	
	自動車の種類				車台番号			
	登録番号				管轄警察署			
診 療 を う け た 医 療 機 関	①	名 称			診 療 期 間	自平成 年 月 日	自費 健保	
		所在地			診 療 期 間	自平成 年 月 日	自費 健保	
	②	名 称			診 療 期 間	自平成 年 月 日	自費 健保	
		所在地			診 療 期 間	自平成 年 月 日	自費 健保	