

第三者の行為による傷病届

西原町長 殿

令和〇年〇月〇日

【世帯主】

住所 西原町字▲▲ 〇〇番地の■■■

【届出人】

氏名 国保 花子 (妻)
(受診者からみでの続柄)

氏名 国保 一郎

電話 ××× - 111 - 1111

被保険者証番号	西国	000-000	生年月日	昭和30年7月7日
被保険者名 (受診者)	フリガナ	コクホ ハナコ	個人番号	0000 0000 0000
	氏名	国保 花子	職業	無職
医療機関名	▲▲病院	診療期間	令和〇年〇月〇日 ~ 年 月 日	
	〇〇薬局		現在も治療中・治療完了	

傷病原因(該当するものに○)	
1	自損事故 (相手がいない事故) ・事故当時運転していたのは 車 オートバイ・自転車・その他() ・お酒は飲んでいましたか (はい・いいえ) (運転していた場合のみ回答) ・運転免許はありますか (はい・いいえ) ※免許証のコピー添付 (運転していた場合のみ回答)
2	交通事故 ※同乗者による届出の場合はこちらに記入します ・事故当時運転していたのは (車・オートバイ・自転車・同乗者・その他()) ・お酒は飲んでいましたか (はい・いいえ) (運転していた場合のみ回答) ・運転免許はありますか (はい・いいえ) ※免許証のコピー添付 (運転していた場合のみ回答)
3	傷害 (けんか・他人からケガを負わされた・その他()) 加害者氏名 _____ ・相手不明 住所 _____ 電話 _____
4	業務上の災害 (工作中的のケガ) (通勤途中のケガ) (仕事中・通勤(帰宅)途中) 労災保険の有無 (有・無) 職場名 _____ 職場の電話 _____ 住所 _____
5	その他 飼い犬等にかまれた 食中毒 転倒してのケガ スポーツ中のケガ 等 (※詳細は下記の事故・負傷時の原因と状況へ記入する)

事故発生年月日	令和〇年〇月〇日 午前・午後 8時30分頃
発生場所	★★市〇〇30-5 ■■通り
事故・負傷時の原因と状況	夜に街灯の少ない曲路を車で走行中、うまく曲がりきれずガードレールに衝突しました。その際に、首の痛みを感じたため病院を受診しました。
警察署への届出	届出済・未届 届出所轄署 ▲▲ 警察署