

負傷(傷病)原因報告書

(窓口) 年 月 日

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	古河	連 絡 先	() 様 電話: ()
場 所	() (発生日: 年 月 日)		
負 傷 (傷 病) 者	様 () 歳 世帯主との続柄 ()		
負 傷 (傷 病) 原 因	1. 自損 2. 第三者行為 (交通事故 ・ 暴行 ・ その他)		
加 害 者 の 判 明	1. 判明している 2. 判明していない		
加害者連絡先 (判明している場合に記入する)	様 (住所:) (電話: ())		
警 察 へ の 届 出	1. 届出をしている 2. 届出をしていない		
示 談 の 有 無	1. 示談をしている 2. 示談をしていない		
国保の使用状況	1. 国保を使用した (平成・令和 年 月 日から) 2. 国保を使用していない (自費 ・ 相手保険 ・ 労災 ・ その他 ・ 使用希望)		
給 付 状 況	1. 入院中 2. 通院中 3. 完治		
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名			
負 傷 時 の 状 況	1. 就労中 2. 通勤中 3. 左記以外		
飲酒(アルコール)	1. していた 2. していない		
負傷(傷病)時の状況 (過失の程度がわかるように詳しく記入すること)			

上記のとおり報告いたします。

年 月 日

古河市長 宛

世帯主 住 所 古河市 _____

氏 名 _____ 印