

自過失及び業務上の傷病等に関する届書

年 月 日

事故にあった本人の世帯主を記入
電話番号は日中に連絡のつく番号

住 所

世帯主

氏 名

電話 ()

事故にあった本人を記入

次のとおり届け出ます。

受診者	被保険者証 記号・番号	40	資格区分	一 般・ <input checked="" type="radio"/> 本人・ <input checked="" type="radio"/> 扶 養		
	氏 名		生年月日	年 月 日生	※ 個人番号	

あてはまる項目に○印をつけてください。

あてはまる 番号を○で かこんで ください。	2 故意の自損行為によるもの。 3 地震等の天災事故によるもの。 4 自己の不注意によるもの。 5 その他 ()
---------------------------------	--

事故が起きた日付と事故が起きた時の状況を詳細に記入してください。

年 月 日

状 況 (詳細に)	
--------------	--

勤務先について記入
労災適用の有無について必ずどちらかに○印をつけてください。
有の場合は労働基準監督署の名称・医療機関名・診療機関もご記入ください。
(仕事上の事故だった場合に記入)

代表者名

電話 ()

電話 ()] ・ 無

() に記入して ください。	労 災 適 用	医療機関名	電話 ()
		診 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで

備 考	
-----	--

- (注意) 1 労災適用が「有」の場合は、労災の認定を受けた「労働基準監督署の名称」及び「医療機関名」「診療期間」を記入してください。
2 「㊦」は、退職被保険者の略です。
3 ※印の欄は記入しないでください。