

(様式第7号)

# 自過失及び業務上の傷病等に関する届書

(届出先)  
横浜市 長

年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

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					
傷病の原因 (あてはまる 番号を○で かこんで ください。)		1 業務上の災害によるもの。 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 ( )												
事故発生の 状 況 (詳細に)		事故発生日		年 月 日										
受診者の 勤務先等  (傷病の原因 が業務上の 災害の場合 に記入して ください。)	名称					代表者名								
	所在地	電話 ( )												
	受診者の職業													
	労災適用	有 [労働基準監督署の名称: _____ 電話 ( ) _____] ・無												
		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。