

被保険者記号・番号（枝番）	0 4 -	（枝番）
---------------	-------	------

負 傷 （ 傷 病 ） 原 因 報 告 書

消えないボールペンで記入してください

日 時	令和 年 月 日 時 頃										
場 所 （ 詳 し く ）											
負傷（傷病）者											続柄
保険使用期間 （完治見込みを含む）	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	（完治見込み）	
受診医療機関名	初診： → それ以外：										
個 人 番 号 （マイナンバー）											
負傷（傷病）原因 （該当に☑を入れる）	☐ 交通事故以外（歩行中に転倒した等の自損） ☐ 交通事故（自動車、バイク、自転車等での自損） ☐ その他の要因（ ）										
負傷（傷病）時の状況（できるだけ詳しく）											
状況図（信号や一時停止など出来るだけ詳しく）											
											自 車  相 手 車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車 オートバイ 

上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

（世帯主） 住所
氏名
電話

- -

