

負傷原因報告書

被 保 険 者 情 報	フリガナ 氏名	コクホ ハナコ 国保 花子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50年 5月 5日(44才)
	連絡先(自宅)	☎ 019-623-4322			世帯主氏名	国保太郎 続柄 夫
	連絡先(携帯、勤務先)	☎ 090-1111-2222			職業	自営業
	法 制	国保・退職	記号番号	1234-123456		個人番号
後期高齢者		被保険者番号			個人番号	※記載の必要はありません
介護保険		被保険者番号			個人番号	※記載の必要はありません
事 故 の 状 況	受傷日時	令和元年5月14日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 6時 分頃				
	受傷場所	自宅前の路上				
	受傷した方の勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()				
	受傷した状況	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中				
		<input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし)				
		<input type="checkbox"/> スポーツ等職場行事 <input type="checkbox"/> その他()				
	受傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> けんか・闘争 <input checked="" type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 店舗等施設の事故 <input type="checkbox"/> 傷害・暴力 <input type="checkbox"/> その他()				
第三者有無の確認	上記受傷原因に起因する相手の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数) <input type="checkbox"/> 無 ※相手がいる負傷の場合は、「第三者行為による被害届(傷病届)」の提出が必要です。					
受傷したときの状況 (具体的に)	早朝に散歩中、近所の知人が犬の散歩をしていたため、挨拶がてら犬の頭を 撫でようとしたら、突然咬まれた。					
診 療 関 係	主たる傷病	犬による咬傷(創傷)	治療を受けた 病院等の名称	(当初) 病院名 国保連病院 入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	(転医) 病院名 入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
	治療経過	令和元年7月17日現在 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止				
	治療期間	令和元年5月14日から 令和元年5月31日				
上記のとおり報告します。 令和元年7月17日 届出人 住所 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7-30 (市町村、組合、広域連合) 氏名 国保太郎 (印) 盛岡市長 様 (被害者との続柄: 夫) 電話番号 019-623-4322						