

課長	課長補佐・係長	係員	担当

決裁年月日
令和 年 月 日

負傷（傷病）原因届出書

※単独での怪我の場合のみ使用できる届出書です。

※相手がいる怪我の場合には第三者行為の様式での届出をお願いします。

保険事故	発生日時	年 月 日		午前・午後	時	分頃
	発生場所					
	労災の有無	勤務中、通勤途中 ・ 勤務外、通勤外 (労災加入状況) 加入 ・ 未加入				
保険事故 に あった者	住所	土浦市				
	氏名		生年月日	昭・平	年	月 日
	世帯主名		保険事故にあった者との続柄			
	被保険者証番 号					
	疾病又は 負傷の状況		医療機関名			
保険事故 の 状況						
上記のとおり届けます。						
令和 年 月 日						
届出者（世帯主）氏名 _____						
電話 _____						
担当者処理欄	保険適用	可	・	否	担当者	㊞