

傷 病 原 因 届

被保険者証記号番号	和 4 ・		一般
			退職
傷 病 者 氏 名			生 年 月 日
			年 月 日
発病又は負傷した日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃		
発病又は負傷した場所			
傷 病 原 因	・ 交通事故	・ 第三者行為 ※別途、第三者行為による傷病届の提出が必要です。 ・ 自 損 事 故	
	・ 傷 害 (第三者から受けた傷病)	※別途、第三者行為による傷病届の提出が必要です。	
	・ 業務上 (通勤途中を含む) ※ 労災保険による給付が受けられない理由		
	・ その他上記以外 (傷病者自らの不注意等による負傷)		
	発病又は負傷したときの状況 (詳しく記入してください。)		

上記のとおり届出ます。

年 月 日

住 所

氏 名

連絡先

— —



有田市長

※ 世帯主もしくは傷病者本人 (傷病者が未成年の場合は親権者) が届け出てください。
 ※ 発病又は負傷した原因により国民健康保険による給付が受けられない場合があります。
 その場合は、既に給付した額の返納を求めます。