負傷（傷病）原因報告書

日　　時	年　　月　　日（　　）　午前 午後　　時　　分頃
場　　所 （詳しく）	
負傷(傷病)者氏名	
負傷(傷病)原因	

負傷（傷病）時の状況　（詳しくわかりやすく書くこと。）

事故発生状況略図

被保険者番号								

上記のとおり報告します。

年　　月　　日

福島県後期高齢者医療広域連合長

報告者　住所

氏名　　㊞

電話　　－　　－