

負傷（傷病）原因報告書

日	時	平成 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。
平成 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 - -