負傷（傷病）原因報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　　　　　時 | 午前  午後  令和　　年　　月　　日（　　）　　　　　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。

　　令和　　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