**負傷（傷病）原因報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **日　　　　時** | **令和　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　時　　　分頃** | | |
| **場　　　　所**  **（詳しく）** |  | | |
| **負傷（傷病）者** | **氏名：** | **生年月日：大・昭・平　　　年　月　日** | |
| **被保険者番号：** | |
| **負傷（傷病）原因**  **（はい・いいえ、どちらかに○印）** | **業務中・通勤途中によるものですか** | | **はい・いいえ** |
| **不法行為（飲酒運転や闘争等）によるものですか** | | **はい・いいえ** |
| **第三者行為（交通事故等）によるものですか** | | **はい・いいえ** |
| **自損（車両単独）の交通事故によるものですか** | | **はい・いいえ** |
| **自損事故の場合、運転手のほか同乗者がいましたか。** | | **はい・いいえ** |
| 負傷（傷病）時の状況（詳しくわかりやすく書くこと） | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

上記事故に保険会社がかかわっている場合には、下記に保険会社の情報を記入ください。

【保険会社名】　　　　　　　　　　　　　　【担当者氏名】

【電話番号】

上記のとおり相違ないことを報告します。

令和　　年　　月　　日

大船渡市長　　様

報告者　住　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　（続　柄）　　　本人・負傷者の

電　話：　　　　―　　　　　―