（1 号様式　別紙）

# 傷　病　原　因　報　告　書

| 傷病原因（該当する番号に〇をつけてください。） |
|---|
| ・ 交通事故等で第三者(相手)がある。<br>第三者の　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ tel＿＿＿＿＿＿＿＿<br>住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| ・ 業務上の災害によるもの。　［労災保険　有 ・ 無　］<br>勤務先　名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ tel＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| ・ 自分だけの不注意で加害者がいない。 |
| ・ そ の 他 |
| 発生日時　令和　　年　　月　　日　午前 ・ 午後　　：　　頃 |
| 発生場所（住所） |
| 事故発生の状況 |
| 受診した医療機関 |
| 警察への届出　届出済み　・　未届け |
| 保険会社など |

上記のとおり報告いたします。

洲本市長　様　　令和　　年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

洲　本　市