（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。** **第三者の**　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ tel ＿＿＿＿＿＿＿＿ 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
・ **業務上の災害によるもの。**　[労災保険　　有 ・ 無　]
勤務先 名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　tel ＿＿＿＿＿＿＿＿ 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　　平成　　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　　平成　　年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

洲　本　市