

自過失及び業務上の傷病等に関する届出

年 月 日
逗子市長
世帯主 住所 _____
氏名 _____ (印) 電話 () _____
次のとおり届出します。

受 診 者	被保険者証 記号・番号	09-	資格区分	一般・退職本人・退職家族	
	氏 名		生年月日	年	月 日
傷病の原因 (該当するものを○ で囲んでください。)		1 業務上の災害によるもの 2 故意の自損行為によるもの 3 地震等の天災事故によるもの 4 自己の不注意によるもの 5 その他 ()			
事故発生の状況 (詳細に)		事故発生日	年	月	日
受診者の勤務先 ※1		名称			
		所在地	電話 ()		
		職業	労災適用	有 ・ 無	
備 考					

※1の欄は、業務上の災害による場合のみ記入してください。