

# 自過失及び業務上の傷病等に関する届出

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

受 診 者	被保険者 記号番号	09-	生年月日	年 月 日
	氏名			
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		事故発生年月日	年 月 日	
受診者の勤務先  ※1		名称	代表者名	
		所在地	電話 ( ) _____	
		職業	労災適用	有 ・ 無
備 考		受診情報・受診日等		

※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。