

傷病発生原因についての報告書

被保険者番号	被保険者(けがをした人)氏名	生年月日
		年 月 日生
傷病発生原因	1. 交通事故によるもの〔加害者:有・無・不明〕〔警察への届け:済・未〕	
	2. 他人の故意または過失によるもの〔加害者:有・不明〕	
	3. 自分の不注意によって生じたもの(交通事故以外)	
	4. その他()	
事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃	
事故発生場所		
事故発生状況(何をどのようにして、ケガをしたのか)		

治療費の支払い	1. 本人または家族等(本人側)が支払い〔済・予定〕	
	2. 加害者(損保会社を含む相手側)が支払い〔済・予定〕	
	3. その他()が支払い〔済・予定〕	

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

西脇市長殿

住 所

氏 名

電話番号

本書によりご報告いただいた後に、担当者より改めて照会・確認等を行う場合がありますが、その際には、再度のご協力をお願いいたします。