

# 負傷原因報告書

組合員 記号・番号	9999 - 99999	所属所名	〇〇〇〇市	
組合員 氏名	〇〇 〇〇	負傷者 氏名	〇〇 △△	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (続柄 長男)
負傷年月日	令和 X 年 XX 月 XX 日		<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	XX 時 XX 分頃
負傷場所	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇〇 (自宅)			
負傷の状況	<input type="checkbox"/> 通勤(通学)中 <input type="checkbox"/> 公務(就業)中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 学校管理下でのケガ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
詳細な 状況 (原因)	自宅で遊んでいたところ、階段から転倒し、救急搬送される。 頰部の捻挫及び肩の打撲と診断され、通院及び処方し、接骨院に通う。			
受診医療機関	①	医療 機関名	〇〇〇〇医院	
		診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 柔整
	②	医療 機関名	〇〇〇〇調剤薬局	
		診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 柔整
	③	医療 機関名	〇〇〇〇接骨院	
		診療 年月	令和 X 年 XX 月 ~ 令和 X 年 XX 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input checked="" type="checkbox"/> 柔整
治療状況	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療終了 [終了日] 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療中止			
相手先加入 保険会社等 情報	加入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	使用	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	保険 会社	名称		
		住所	〒 -	
		TEL	( ) -	
担当者				
上記のとおり報告します。 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 X 年 XX 月 XX 日 住所 和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇 組合員 氏名 〇〇 〇〇				
本書写し 送付	<input checked="" type="checkbox"/> 要			

※ 負傷原因が第三者行為による場合、相手先が加入している保険会社の情報を必ず記入してください。  
 ※ 公務(就業)中の負傷は、公務災害保険または労災保険(被扶養者のパート・アルバイト含む)の適用です。  
 基本的に証を使用して医療機関は受診できません。  
 ※ 受診した医療機関の欄に不足がある場合、別紙に記入し、提出してください。