（様式第7号）

自過失及び業務上の傷病等に関する届書

年　　月　　日

（届出先）
中井町長

世帯主　住　所

氏　名　　電話（　　）

次のとおり届け出ます。

受診者	被保険者証記号・番号	56		枝番		資格区分	一般・退　本人・扶養		
	氏　名			生年月日	年　月　日生		※個人番号		

傷病の原因 （あてはまる番号を○でかこんでください。）	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）	事故発生年月日	年　月　日

受診者の勤務先等 （傷病の原因が業務上の災害の場合に記入してください。）	名　称		代表者名	
	所在地	電話		
	受診者の職業			
	労災適用	有［労働基準監督署の名称:　電話　］・無		
		医療機関名	電話	
		診療機関	年　月　日から　年　月　日まで	
備　考				

（注意）1 **労働適用が「有」の場合は、労災の認定を受けた「労働監督署の名称)及び「医療機関名」「診療機関」を記入してください。**

2 「退」は、退職被保険者の略です。

3 ※印の欄は記入しないでください。

（様式第7号）

自過失及び業務上の傷病等に関する届書

年　　月　　日

（届出先）
中井町長

事故にあった本人の世帯主を記入
※電話番号は日中に連絡のつく番号

世帯主　住　所

氏　名　　電話（　　）

次のとおり届け出ます。

事故にあった本人を記入

受診者	被保険者証記号・番号	56		枝番	資格区分	一般・退　本人・扶養
	氏　名		生年月日	年　月　日生	※個人番号	

当てはまる項目に〇印をつけてください。

傷病の原因
（あてはまる番号を〇でかこんでください。）

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（　　）

事故発生年月日	年　月　日

事故発生の状況（詳細に）

事故が起きた日付と事故が起きた時の状況を詳細に記入してください。

受診者の勤務先等

名　称		代表者名	
		電話	
		電話　　］・無	
診療機関		電話	
	年　月　日から　年　月　日まで		

勤務先について記入
労災適用の有無について必ずどちらかに〇印をつけてください。
有の場合は労働基準監督署の名称・医療機関名・診療機関もご記入ください。
（※仕事中の事故だった場合に記入）

傷病の原因が業務上の災害の場合に記入してください。

備　考	

（注意）1　労働適用が「有」の場合は、労災の認定を受けた「労働監督署の名称)及び「医療機関名」「診療機関」を記入してください。
2　「退」は、退職被保険者の略です。
3　※印の欄は記入しないでください。