別添４

負 傷 原 因 報 告 書

<table>
<tr><td>被保険者番号</td><td></td><td>被保険者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>負　傷　日　時</td><td colspan="3">年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分頃</td></tr>
<tr><td>負傷場所と原因</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>治　療　期　間</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>傷病名及び程度</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保険診療による
医 療 機 関 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>傷病の発生状況
（図示）</td><td colspan="3">車両運転による自損事故の場合※
※飲酒等の不行跡はありましたか。　　はい・いいえ
※運転免許証の失効・停止中ですか。　　はい・いいえ

自動車
人
自転車
オートバイ
（　　警察署　　担当官へ　　年　月　日届出済　）</td></tr>
<tr><td>添付した書類</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記の内容に相違なく、法第 58 条の第三者行為にはあたらないことをご報告いたします。また、虚偽、不正、故意などが確認された場合、法第 59 条により給付の全部又は一部を徴収されることに異議はありません。

年　　月　　日

被保険者住所

被保険者氏名　　㊞

TEL　　（　　）

茨城県後期高齢者医療広域連合長　あて