

(様式第7号)

自過失及び業務上の傷病等に関する届書

(届出先)
横浜市 長

年 月 日

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	40	※ 識別コード		
	氏名		生年月日	年 月 日	生
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 期 間	年 月 日から		年 月 日まで	
備 考					

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

2 ※印の欄は記入しないでください。