（別紙）

外傷性の傷病に係る負傷原因報告書

組合員等記号番号	○○○ － ○○○				
組合員氏名	共済　太郎	負傷（療養）者氏名	本人	続柄	
負傷の内容	傷　病　名	右手捻挫、右第４中手骨骨折			
	初診年月日	令和　○　年　○　月　○　日			
	医療機関名	○○病院			

負傷の原因及び発生状況	負傷の原因（該当に○印をつけて下さい。）	交通事故等第三者の行為によるものですか？　（　はい　・　いいえ　）		
	負傷日時	令和　○年　○月　○日　曜日　時頃	場　所	○○市○○丁目道路上
	発生状況	勤務終了後、帰宅してから自転車で近くのスーパーへ買物に行く途中、よそ見していたため転倒し負傷した。		
	（該当に○印をつけて下さい。）	負傷時の用務（ 公務中 ・ 通常の出退勤途上 ・ 私用中 ・ その他 ）		

上記のとおり報告します。

令和　○　年　○　月　○　日

（組合員）　住所　○○市○○町○○丁目○－○

氏名　共済　太郎

愛媛県市町村職員共済組合理事長　様

（注）1　この調査は公務・通勤災害や交通事故などの第三者行為による傷病について、共済組合が医療機関に支払った医療費を地方公務員災害補償基金や損害保険会社などへ請求するために実施していますので、ご協力お願いします。
　なお、負傷の原因が第三者行為による場合は「損害賠償申告書」、公務・通勤災害による場合は「公務傷病発生報告書」を併せて提出してください。

2　この報告書は、受けとられたら速やかに記入して同封の返信用封筒に入れて所属所の共済事務担当者にお渡しください。

3　負傷の原因及び発生状況欄は、該当事項を○で囲み、その状況を具体的に記入してください。

4　本件についてのお問い合わせは、共済組合「保健課医療係」（ＴＥＬ　０８９－９４５－６３１３）へお願いします。