令和　　年　　月　　日

結城市長　小林　栄　様

結城市消防団　　分団

分団長　　　　　　　　印

　　　消防団員の傷病発生報告について

　このことについて、下記のとおりご報告いたします。

記

１　団員名　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）

２　生年月日　　　　　　昭和/平成　　年　　月　　日（　　歳）

３　本人連絡先　　　　　　　　　-　　　　-

４　傷病名

５　傷病発生日時　　　　令和　　年　　月　　日　　午前/午後　　時　　分頃

（※怪我のみ記入）　　　　公務中/公務外（どちらかに〇）

６　傷病発生場所　　　　　　　　　　　　　　　　（住所：　　　　　　　　　）

７　事故発生状況

（※怪我のみ記入）

８　病院名/移送方法　　 病院名：

　　　　　　　　　　　　移送方法：

９　備　考

※注意事項

この傷病発生報告については発生時から１週間以内に事務局へご報告ください。

また、公務外の傷病にあっては、『消防団員等福祉共済』の請求区分のいずれかに

該当する場合ご報告ください。

※備考には現在の状況（通院中など）や入院日数などを明記してください。

※報告書に併せて診断書や入院証明書等（コピー可）をご提出ください。