

負 傷 原 因 届

被保険者	記号			番号						被保険者氏名	
受診者									初診	(和暦) 年 月 日	
傷病名											
医療機関名											
負傷状況	負傷した日時 (和暦) 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃										
	負傷した場所 1.業務中 2.通勤途中 3.その他 ()										
	何をしているときに負傷しましたか										
	負傷時の状況をわかりやすくご記入ください										
	負傷箇所はどこですか										
負傷が第三者の行為による場合は第三者の住所及び氏名をご記入ください											
上記のとおり届出いたします。 (和暦) 年 月 日											
被保険者氏名 _____ 印											
連絡先 (自宅・勤務先・携帯) _____											
【お願い】 ご連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。											

(注) 負傷原因が第三者の行為による場合は別途必要な書類の提出をお願いすることがあります。

健保組合記入欄	受付番号									常務理事	事務長	担当	担当	
	<input type="checkbox"/> 通常給付 <input type="checkbox"/> 労災 (業務災害・通勤災害) <input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故・傷害・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()													