

負傷原因届

被保険者情報	被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者 氏名	フリガナ					
		番号			生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
	現住所 電話番号	(〒 -)		電話番号	()					
	事業所名	電話番号 ()								
被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	フリガナ		続柄	生年月日					
		氏名				昭和 平成 令和	年	月	日	
	負傷した方の 勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()								
	傷病名									
	負傷日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃			
	負傷した 時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道有り <input type="checkbox"/> 寄り道無し)								
	負傷場所	都・道 府・県		市・郡		区 町・村				
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない								
	上記にあてはまる 原因がある場合、 相手はいますか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。健保組合にお問い合わせください。						
	負傷した時の状況 を具体的に 詳しくご記入く ださい。 (何をしているときに、どのような状態になって、体のどこを、どのように負傷した)									
診療を受けた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
治療経過	令和	年	月	日	現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止				

常務理事	事務長	係員

受付日付印