

常務理事	事務長	総務課長	担当者

神奈川県自動車整備健康保険組合

## 負 傷 原 因 届

健康保険証の記号番号	—	負傷者氏名	
負傷部位	初診年月日	保険医療機関名	

事故のあった日時	令和 年 月 日 ( 曜日) 午前 時 分 午後
事故のあった場所	・会社内 ・自宅内 ・道路上 ・その他 ( ) (所在地)
<b>ケガ又は病気の原因 をご記入ください。</b> ・何をしている時に起きま したか？ ・何を目的に、何処から何 処に向かう途中でした か？ 等々	_____ _____ _____
業 務 の 内 容	・整備士 ・フロント ・営業職 ・事務職 ・管理職 ・その他 (具体的に)
就 業 時 間	就業時間 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 休憩時間 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
負傷又は疾病の おきた時間帯について	・業務についているとき ・業務についていないとき ・通勤時(出社・退社) ・その他 ( )
休業日	( 曜日) ( 曜日) ( 曜日)
負傷が交通事故等 第三者による場合	第三者(相手)の住所氏名を記載してください。 _____
<p>上記のとおり相違ないことをお届けします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者住所</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 _____</p>	

(注) 負傷原因が交通事故など第三者の行為により生じたときは、この届出の他に「第三者行為による負傷届」と警察署の事故証明書等が必要となりますので、健康保険組合までご連絡ください。