

負傷原因届

健康保険証の記号・番号

—

(本人・家族)

--	--	--

下記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者 氏名

電話 ()

住所

負傷者が被扶養者のときその被扶養者名

続柄

傷病名			
保険診療を受けた医療機関	病院名	令和 年 月 日	初診
	所在地	電話 ()	
負傷(発病)した場所	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 勤務時間中・通勤の途中・出張中・会社内・その他()		
負傷(発病)時の状況	何をしていたとき、どうして負傷(発病)したか		
負傷が第三者の行為によるときはその	氏名	電話 ()	
	住所		
	勤務先	電話 ()	
すぐに医師の診療を受けなかったときは、その理由			

【 * 被扶養者の負傷の場合は不要です。 】

* 事業所の記載事項	事業所名	事務担当者
	所在地	電話 ()
	被保険者の就業時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
	事業所は	就労日・休業日
	負傷の当日	被保険者は 出勤 午前・午後 時 分 まで残業 欠勤 その他
	被保険者の仕事の 内容(具体的に)	
負傷年月日と診療開始日が相違する場合はその理由・退職者の場合は在職中の住所又は居所・本籍地		

健保組合使用欄

--

受付印

--