

負 傷 届

負傷者	被保険者証の 記号番号		被保険者 氏名	⑤	生年月日	昭平	年	月	日	
	被保険者の住所	〒 -		Tel() -		職 種				
	勤務先の名称				所 在 地					
	負傷者が被扶養者の 場合、被扶養者の氏名			生年月日	昭平	年	月	日	続柄	
負傷発生状況	発 生 年 月 日	令和	年	月	日()	午 午 前 後	時	分	頃	
	発 生 現 場					発生原因	勤務時間中・通勤途上・その他			
	負 傷 名									
	どこで(場所)、何の目的で、何をしていた、何が原因で負傷されましたか。 また、移動中であれば、どこからどこへ移動しようとしていましたか。 健康保険給付(業務外/第三者行為外)の判断資料となりますので、負傷された時の状況について、 できるだけ詳しくご記入ください。									
通勤時間と所要時間		自宅 - () - () - () - () - 会社					所 要 時 間 約 時 間 分			
事故発生日の事	就 業 場 所 名 称				場 所					
	就 業 開 始 時 刻	午 午 前 後	時	分	頃	就 業 終 了 時 刻	時 分 頃			
	自 宅 を 出 た 時 間	午前・午後	時	分	頃	退 社 時 間	午前・午後	時	分 頃	
診療を受けた病院名等	名称				診 療 期 間	自	年	月	日	自費
	所在地					至	年	月	日	健保
	名称				診 療 期 間	自	年	月	日	自費
	所在地					至	年	月	日	健保

※負傷の原因が第三者行為による場合、もしくは交通事故の場合は、当組合まで申し出てください。
 別途書類を送付いたします。