

負傷原因等調査報告書

年 月 日

京葉ガス健康保険組合理事長 殿

被保険者の所属事業所名: _____

被保険者の氏名: _____

負傷（発病）の原因について、下記のとおり回答いたします。

負傷者氏名		続柄		証記号番号	—
業務種別	1. 事務系 2. 営業系 3. 現場系 4. その他（ ）				
負傷日当日の勤務状況	休日・出勤日（勤務時間 時 分～時 分）				
負傷（発病）の原因及び発生状況（いつ・どこで何の目的で・どのようにして起きたか等を詳しく記入して下さい。）					
負傷（発病）年月日	年 月 日（ ）午前・午後 時 分頃				
どこで（場所）	-----				
何の目的で	----- -----				
どのようにして起きたか	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----				
診療を受けた病院	住 所				
	病 院 名				
傷 病 名					

※ 労働災害(業務中などの負傷)及び通勤災害(通勤途上の負傷)と思われる場合は、下表に事業所の証明を受けて下さい。それ以外の場合は、事業所の証明は不要です。

<p>上記の者について事情を聴取したところ、本人の申し立てに相違ないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地 名 称 代 表 者 名</p>	
---	--