

負 傷 届

負傷者	被保険者証の記号番号	被保険者氏名	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()	午前	午後	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			分
事故発生日の事	就業場所	名称	場所							
	就業開始時刻	午前	午後	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	自			年	月	日	自費		
	所在地	至			年	月	日	健保		
	名称	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。