

負傷の原因について

1. 負傷した日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
2. 傷病名	
3. 負傷した場所	
4. 負傷したときの勤務状況	1. 私用 2. 勤務中 3. 出張中 4. 通勤途中 5. 勤務時間外 5. 休日・休暇日 6. その他 ()
5. どのような状況で負傷したか	
6. 交通事故や他人によって負傷させられたものですか。	1. いいえ 2. 相手のある交通事故 3. 自損事故 4. 他人により負傷させられた。 5. その他 ()
7. この負傷により診療を受けた期間	年 月 日 ~ 年 月 日
8. この負傷により受診した医療機関名	
9. 職場での仕事内容(職種)及び通常の勤務時間。	仕事内容 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
上記のとおり提出します。 令和 年 月 日	
〒	
住所	
被保険者 氏名	
電話番号 (自宅)	
山形県自動車販売健康保険組合 殿 (勤務先)	