

注・負傷原因が交通事故等の第三者行為のときは、当健保組合まで「第三者行為傷病届」を提出してください。

<b>負 傷 原 因 届</b>							
<b>被 保 険 者</b>	記 号		番 号		<b>負 傷 者</b>	傷病名	
	氏 名					氏 名	
	業務種別	運転手・作業員・事務員・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">その他</span>			被保険者との続柄		
	所定労働時間	午 前 後	時 ~	午 前 後	時		
<b>負 傷 の 発 生 状 況 （ 詳 し く ）</b>	<p>1. い つ、平成 年 月 日 ( ) 午 前 後 時頃 勤務 中 外</p> <p>2. どこで、</p> <p>3. どこから、どこへ、何をしに行くときのケガですか。</p> <p style="text-align: center;">から へ をしに行くときのケガ。</p> <p>4. なにをしているとき、どのようにしてケガしましたか。 (発症の原因がケガによるものではない場合は、その旨を記入してください。)</p> <p>5. 負傷原因の区分、 業務上(工作中)・通勤(出社、退社)途中・業務上通勤途中以外</p> <p><b>【 交通事故の場合 】</b>                      相手は、 いる・いない / 運転免許は、 有・無 / 飲酒は、 していた・していない</p>						
<b>治 療 状 況</b>	診療開始日	平成 年 月 日	被保険者証使用の有無		有 ・ 無		
	治療を受けた病(医)院の	名 称					
		所在地	TEL ( )				
上記のとおり相違ありません。  平成 年 月 日  住 所  被 保 険 者 氏 名 <span style="float: right;">Ⓜ</span>  TEL ( )						受 付 印	

※負傷原因によっては、事業所などに照会することもありますので  
ご承知おきください。