

負 傷 届

負 傷 者	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	-	被 保 険 者 氏 名			生 年 月 日	昭 平	年	月	日	
	被 保 険 者 住 所	〒 -	連 絡 先	()	-	職 種					
	勤 務 先 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 令	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 所 要 時 間	自宅-()-()-()-()-会社 約 時間 分										
事 故 発 生 日 の 事	就 業 場 所	(名称) (住所)									
	就 業 開 始 時 刻	午前・午後 時 分頃			就 業 終 了 時 刻	午前・午後 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 ・ 健 保		
	所 在 地					至 年 月 日					
	名 称				診 療 期 間	自 年 月 日			自 費 ・ 健 保		
	所 在 地					至 年 月 日					

※負傷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。