

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						
負傷発生状況	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	
	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 通 ・ 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。