

負傷原因届

被保険者等記号・番号 記号 番号 ※記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。

被保険者氏名 _____ S H R ・ ・ 生

事業所及び業務種別 _____ 業種

受診者氏名 _____ 続柄 S H R ・ ・ 生
※被保険者の場合は記載の必要はありません

◆負傷年月日及び時刻 平成・令和 年 月 日 曜日 (午前・午後 時 分頃)

◆負傷原因について回答してください。(下記の要領でできるだけ詳しく記載してください。)

ど こ で _____

何をしているとき _____

どのようにして _____

◆負傷状況 (いずれかを○で囲んでください。)

1. 業務外 2. 業務中 3. 通勤途上 4. 加害行為

◆受診した医療機関名 _____

※費用支払の別(いずれかを○で囲んでください。): 健保 ・ 自費 ・ その他

◆負傷現場の見取り図を書いてください。

うえのとおり相違ありません。

令和 年 月 日 被保険者 住所 _____

氏名 _____ 印

※交通事故や喧嘩などで相手があり負傷した場合は、第三者行為による傷病届(別紙)を提出してください。