

負傷原因調査票

負傷原因によっては、追加の書類提出をお願いすることがあります

※ボールペンでご記入のうえ署名・押印ください。

		記入日	年	月	日
被 保 険 者	健康保険証 記号・番号	.	氏名 ㊟		
	事業所名				
	自宅住所	〒			
	電話番号	自宅 会社 携帯	—	—	(連絡希望先) 自宅・会社・携帯
受診者氏名 (けがをした方)				続柄	
傷病名				左記傷病名での 医療機関初診月	年 月
受診医療機関名					
負傷年月日	年 月 日 午前・午後 時 分頃				
勤務している場合 当日の勤務時間	時 分 ~ 時 分 まで				
場 所	会社内・自宅・学校内・乗物の中・ その他()				
状 況	勤務時間中・社用出張中・通勤途中(行・帰)・ 車運転中・車同乗中・学校や加入しているクラブ活動中・ その他()				
何をしていた どのように負傷 されましたか (具体的に)					
損害賠償請求の 有 無	有り (請求済みで支払あり・請求中) / 無し				

業務上および通勤災害による傷病の場合は、労災保険が適用されますので
勤務先の所属長に必ず申し出てください。

健保受付印