

負傷原因報告書

健康保険証の 記号番号	—	事業所名称			
		所在地			
被保険者 氏名生年月日 住 所	氏名			昭和 平成	年 月 日生
	住所	Tel - -			
負傷が被扶養 者の場合氏名等	氏名			昭和 平成 令和	年 月 日生
				続柄	
傷 病 名					
診療、手当てを 受けた病院、 診療所、医院	病院名				
	所在地	Tel - -			
負 傷 時 の 状 況					
① 日 時	令和 年 月 日 (曜日)	午 前 後	時 分 (頃)		
② 場 所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()				
③ どの日ですか	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()				
④ 時 間 帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中				
	<input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()				
⑤ 負傷した原因 で次にあてはま る場合がありますか。	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (<input type="checkbox"/> 飼い主有 <input type="checkbox"/> 飼い主無)				
	相手	<input type="checkbox"/> 有 → { } 金銭的補償 <input type="checkbox"/> 有 (損保・示談・その他) <input type="checkbox"/> あなたは被害者 { } <input type="checkbox"/> あなたは加害者 { } <input type="checkbox"/> 無 自損事故及び暴力(ケンカ)で相手のわからない場合は申立書を添付してください ※相手のいる交通事故の場合は別途書類が必要となります。組合までご連絡ください。			
	<input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> あてはまらない ()				
⑥ 負傷時の状況 (原因)につい て記入してくだ さい。					
⑦ 備 考					

上記のとおり事実と相違ないことを報告します。

令和 年 月 日

神戸貿易健康保険組合 様

被保険者氏名 _____