

健康保険 負傷原因届

令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者	記号	フリガナ			
		番号	氏名	昭・平・令 年 月 日生 (歳) ⑩		
	現住所	〒 - 都道府県		TEL ()		
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	株式会社サンゲツ			
所在地		〒 -				
被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)[氏名			続柄	
	傷病名					
	受診日	令和 年 月 日				
	受診した医療機関名					
	負傷日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 ごろ				
	負傷した時間帯(状況)	1.勤務時間中 2.勤務日の休憩中 3.出張中 4.私用中 5.その他() 6.通勤途中(a.出勤 b.退勤 / c.寄り道等有 d.寄り道等無)				
	負傷場所	1.会社内 2.路上 3.駅構内 4.自宅 5.その他()				
	負傷した経緯(具体的に記入)					
	相手の有無	相手が(有・無) <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者		※相手がいる負傷の場合は、速やかに当健保までご連絡ください。(TEL:052-564-3199) 「第三者行為による負傷届」等の届出が必要です。		
治療経過	令和 年 月 日 現在		1. 治癒 2. 治療継続中 3. 中止			
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで					

(お問い合わせ先 TEL 052-564-3199 ご不明な点がございましたら、サンゲツ健康保険組合までお問い合わせください。)

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印