

# 負 傷 原 因 届

記号		番号		被保険者(被扶養者)氏名	殿
傷病名					平成・令和 年 月 日 初診
受診	名称				
医療機関	所在地				

この件の負傷原因を調査いたしたく下記照会事項にご回答下さい。

① 負傷の日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分 (ごろ)				
② 負傷のときは	出勤前・出勤途中・勤務中・退勤途中・退社後・出張中・休日				
③ 負傷日の勤務時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで				
④ 負傷の場所(どこで)	付 近				
⑤ 負傷の原因	何をしている時どのようにして負傷しましたか、詳しく記入して下さい。				
⑥ あなたの仕事内容		工場又は支店名		勤務先の電話	
⑦ 通常の勤務経路	(自宅)	—	—	—	(会社) 所要時間 ( 時間 分)
⑧ 治療期間	治療期間	1. 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 まで			
		2. 平成・令和 年 月 日 ~ 現在も治療中である			
⑨ 他人にケガをさせられた時は、その人の氏名		第三者行為届を		提出済・未提出	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

〒

住 所

氏 名

印

TEL

—

—

(記入上の注意)

\* 被扶養者は、回答書の②③⑥及び⑦欄は記入する必要はありませんが、パート等就労している人は記入して下さい。