

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	業務係長	係

## 負傷原因の回答

(事業所名)

健康保険証の	記号 番号		被保険者の 氏名	
負傷者の氏名				被保険者との 続柄
連絡先	(自宅・会社・携帯・その他)			

負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック☑してください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ(負傷)しましたか。 平成 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・<input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 <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( )</p> <p>4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 <input type="checkbox"/> 会社内・<input type="checkbox"/> 道路上・<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>5. ケガを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"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事・<input type="checkbox"/> 職場の行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記 5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。</p> <p>相手 <input type="checkbox"/> 有 → { <input type="checkbox"/> あなたは被害者                                   <input type="checkbox"/> あなたは加害者</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届が必要となります。当組合にご連絡をください。</p>	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。</p>
--	--	---

受付日付