

号

年

月

日

負傷の原因について（回答書）

被 保 険 者	記 号		番 号		氏 名	
	事 業 所 名					
	自 宅 住 所	〒				
	電 話 番 号	TEL () ※健康保険組合より連絡が入る場合があります。				
受 診 者		氏 名			続 柄	
負 傷 年 月 日		平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分 頃				
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		私 用 中 ・ 勤 務 時 間 中 ・ 出 張 中 ・ 通 勤 途 中 (行 ・ 帰) その他 ()				
報 告 日		平成・令和 年 月 日		報 告 先		
どのような事故が おきましたか						
負 傷 名						
受診医療機関名		① ② ③				
第三者からの加害 行為ですか		はい ・ いいえ				
現 在 の 状 況 ※上記「はい」と 答えた方のみ		示談した ・ していない ・ 交渉中				