

負傷原因報告書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者 氏名	
	住 所	(〒 -) 電話番号 (日中の連絡先) ()		

※ 被 保 険 者 ま た は 負 傷 し た 方 が 記 入 す と こ ろ	負傷した方の 氏名				被保険者と の続柄		
	傷病名				受診月	令和	年 月
	負傷日時	令和	年	月 日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時頃
	負傷した 時間帯 (状況) <small>あてはまるものの□ を選択してください</small>	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)					
	負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他()					
	負傷原因 <small>負傷原因で次にあて はまるものがありますか。</small>	<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"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <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					
	上記にあてはまる 原因がある場合、 相手はいますか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※相手がいる負傷の場合は、別途「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。					
	負傷した時の状 況を具体的に記 入ください。						
	負傷した方が被 扶養者である場 合はその職業	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生・児童 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()					
	受診医療機関	名称				所在地	
名称					所在地		
					初診	年 月 日	
					<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 転院	
					初診	年 月 日	
					<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 転院	

上記のとおり相違ありません。
 兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

兵庫県運輸業健康保険組合が保険給付決定にあたり、上記内容について私の保険治療に関し医師等に照会を行うことに同意します。なお、本状につきましては複写でも同じ効力があるものと認めます。

令和 年 月 日

 受付印

★負傷した方の氏名 _____