

〔 健保
記号 番号 第 号 〕

殿

神奈川県電子電気機器健康保険組合

負傷の原因について

あなたは、 年 月 日から（傷病名）
の傷病で 病（医）院、診療所にて健康保険の診療を受けていますが、
負傷原因、状況などを承知したいので、下記に記入のうえ折返しご回答ください。
（当組合は、この届書に記載されている情報を、この届の目的以外には使用いたしません。）

氏名 _____ 印 _____ 電話 _____（ _____ ）

住所 _____

職種（業務内容を具体的に）: _____

質問事項	回答事項
いつ負傷をしましたか	年 月 日 曜日 午前 午後 時 分（頃）
どこで負傷をしましたか
その時、何をしていた どのようにして、負傷 をしましたか
負傷は次のうちのどの 時ですか	<input type="checkbox"/> 業務についている <input type="checkbox"/> 通勤時（出退勤を含む） <input type="checkbox"/> 業務についていない
他人に負傷をさせられた ときはその人の	住所 〒 氏名 _____（電話 - - ）職業 勤務先 名称 _____（電話 - - ） 住所 〒 交通事故のときは 保険会社名 自賠責保険の 証明書番号 保険契約者
その負傷で損害賠償を 請求しましたか	した（内容は別紙で）、しない（これから請求する・しない）
保険診療を受けたときは その期間と病院等の 名称	期間 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 期間 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 通院 年 月 日 ~ 年 月 日 通院 年 月 日 ~ 年 月 日 名称 名称 住所 住所

（注）負傷原因が第三者の行為により生じた時は、この届のほか「第三者の行為による傷病届」一式が必要です。