（健保記号　００００　番号 第　００００　号）

日本　太郎　　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うけていますが、
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　日本　太郎　（印）　電話　０００（０００）００００
住所　○○県○○市△△町５－５
職種（業務内容を具体的に）：　○○○○○○○○

質問事項	回答事項
① いつ負傷をしましたか	○○年　○○月　○○日　○曜日　（午前）午後　○○時○○分（頃）
② どこで負傷をしましたか	○○○○○○○○ ○○○○○○○○
③ その時、何をしていてどのようにして、負傷をしましたか	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○
④ 負傷は次のうちのどの時ですか	□業務についている　□通勤時（出退勤を含む）　□業務についていない
⑤ 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　－　－　） 勤務先　住所 〒 交通事故のときは自賠責保険の　保険会社名 証明書番号 保険契約者
⑥ 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）
⑦ 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 通院○年○月○日～○年○月○日 名称　○○○○病院 住所　○○県○○市□□町７－７ 期間　入院　年　月　日～　年　月　日 通院　年　月　日～　年　月　日 名称 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。