

負傷原因報告書

被保険者証の記号・番号		事業所の	名称								
-			所在地								
被保険者の氏名と印	(フリガナ)		電話番号								
				()	-						
被保険者の住所	郵便番号	(フリガナ)									
負傷者した者の氏名・被保険者との続柄					続柄						
傷病名			受診年月	平成	年	月					
			負傷した日時	平成	年	月	日 (曜日)				
				午前	午後	時	分頃				
負傷した場所	府・県		市・郡		町・村						
	会社内(勤務中)・通勤途上・休日の外出時・自宅内・駅・道路上 学校() 学校)・その他()										
負傷の原因とその状況	どんな用事をしているときに										
	どのようになって										
	体のどの部分を										
	どのように負傷しましたか										
業務上の負傷だと思いますか		1 思う	2 思わない	通勤・退勤時の負傷だと思いますか		1 思う	2 思わない				
受診した医療機関	名称			所在地			初診日	昭和	年	月	日
					現在治療中・治癒・転院						
	名称			所在地			初診日	昭和	年	月	日
					現在治療中・治癒・転院						
第三者(加害者)の行為による負傷の場合は											
第三者の氏名			住所								
			連絡先		自宅・勤務先						

上記のとおり相違ありません。

また、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。

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日

負傷した者の氏名
