

## 負傷の原因について(負傷原因届)

				記入日	年	月	日
被 保 険 者 情 報	記号		番号		氏名	④	
	事業所名						
	自宅住所						
	電話番号	自宅 会社 携帯	—	—	日中ご連絡の取れる番号をご記入ください。		
受診者					続柄		
傷病名					診療月	年	月
受診医療機関名							
負傷年月日	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
勤務している場合 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	勤務時間中 ・ 社用出張中 ・ 通勤途中(行・帰) ・ 車運転中 ・ 車同乗中 学校や参加しているクラブ活動中 ・ その他 ( )						
どのように負傷 されましたか							
損害賠償請求の 有 無	有 ( 請求済みで支払あり ・ 請求中 ) / 無						

※ 場所、状況、損害賠償請求の有無の各欄については、該当する項目に○を付けてください。

※ 継続的に受診している診療でも、医療機関が変わった場合や新たに発生した傷病名に対して照会する場合があります。