

どちらかに○をつけてください

負 傷 届

本人・家族				
負傷者	被保険者証 記号 — 番号	記号 — 番号	被保険者氏名	被保険者氏名をご記入ください <input type="checkbox"/> (印)
	被保険者現住所	〒 — 被保険者住所と連絡先をご記入ください TEL — —		
	被保険者が 勤務している 事業所	名称	勤務先の名称をご記入ください	
		所在地	〒 — 勤務先の所在地と連絡先をご記入ください TEL — —	
負傷者が扶養 家族であるとき	被扶養者氏名	被扶養者が負傷したときは、 被扶養者の氏名をご記入ください	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
負傷発生状況	負傷年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日	発生時刻	午前・午後 ○○ 時 ○○ 分頃
	負傷発生の場所	(例) ○○駅のホームに上がる階段		
	・負傷場所での目的 (何をするために、そこにいたのか) (例) 友達と遊びに行こうとして駅に向かった			
	・負傷時の状況 (何をしようとして、どうなったのかを具体的に) (例) 電車に乗ろうとして駆け足で階段を昇ったときに踏み外して足を捻って負傷した			
健康状態	・負傷前の健康、身体の状態 (例) 健康			
	どちらかに○をつけてください			
飲酒の有無 有 (飲酒量:) ・ 無		服薬の有無 有 (薬名:) ・ 無		