負　　傷　　届

本人・家族					
負傷者	健康保険の記号・番号	―		被保険者氏名	
	被保険者現住所	〒　　― TEL　　―　　―			
	被保険者が勤務している事業所	名　　称			
		所在地	〒　　― TEL　　―　　―		
	負傷者が扶養家族であるとき	被扶養者氏名		被保険者との続柄	
負傷発生状況	負傷年月日	年　　月　　日		発生時刻	午前・午後　　時　　分頃
	負傷発生の場所				
	・負傷場所での目的（何をするために、そこにいたのか）				
	・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）				
健康状態	・負傷前の健康、身体の状態				
飲酒の有無	有（飲酒量：　　）・　無			服薬の有無	有（薬名：　　）・　無

大阪港湾健康保険組合