

負傷原因届書

被保険者証 の記号番号	記 号		番 号		被 保 険 者 氏 名	
事業所名称				仕 事 の 内 容 (くわしく)		
負傷者氏名 _____ 続柄 ()						
負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃						
負傷部位 _____						
負傷した状況 <input type="checkbox"/> 出勤前 <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 休憩中 <input type="checkbox"/> 退社途中 <input type="checkbox"/> 帰宅後 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> その他()						
負傷した場所 <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()						
負傷原因 (例：散歩中に段差でつまずいて転倒 自宅の階段で足を踏み外して転倒など…)						

※負傷原因が交通事故の場合は、「交通事故に関する書類一式」を提出してください。						
上記のとおりお届けします						
令和 年 月 日						
住所 _____						
被保険者 氏名 _____ 印 _____						
(自署の場合は押印を省略できます)						
電話 _____						
愛知県情報サービス産業健康保険組合殿						

※この書類に記載された個人データは利用目的以外には使用いたしません。