

負 傷 の 原 因 届

被保険者 記号番号		氏名		住所 〒		TEL ()
負傷者の氏名		被保険者との続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
被負	事業所の名称					
保傷	" 住所					
険の	事業所での仕事の内容					
者場	事故日の勤務時間		自			至
が合	事故日の仕事内容					
負傷した日時			年 月 日		AM・PM	時頃
			勤務時間内・通勤途上・休憩時間内・勤務時間外・その他			
日時欄で「その他」に○印の場合は具体的に書いて下さい						
負傷した場所(どこで)						
負傷の原因・状況・結果						
・何のために、何をした時(何をしている時)、						

・何がどのようにどうなって、						

・何を(体のどこを)どうした。						

治療を受けた医療機関	所在地					
	名称					
上記の通り相違ありません。						
令和 年 月 日						
機缶健康保険組合理事長殿						
被保険者氏名						