

# 負傷の原因届

被保険者 記号番号	XXX XXXX	氏名	機缶 太郎	住所 千〇〇〇-〇〇〇〇 相模原市〇〇1-2-3	TEL 000 (000) 0000
負傷者の氏名	本人	被保険者との続柄	本人	生年月日	昭和・平成(令和)〇〇年 〇〇月 〇〇日
被負 保傷 險の 者場 が合	事業所の名称	機缶工業株式会社			
	住所	千代田区〇〇1-2-3			
	事業所での仕事の内容	営業			
	事故日の勤務時間	自 AM 9時 至 PM 5時			
	事故日の仕事内容	外回り営業			
負傷した日時	年 6月 7日 (AM)・PM 11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)	東京都港区虎ノ門〇〇-1-2-3				
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)、 駅の改札を入り、階段を下りている時の混雑時に。					
・何がどのようにどうなって、 他の乗降客と接触して転倒した。					
・何を(体のどこを)どうした。 腕を骨折した。					
治療を受けた医療機関	所在地	東京都港区赤坂〇〇-1-2-3			
	名称	〇〇〇〇クリニック			
上記の通り相違ありません。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 機缶健康保険組合理事長殿 被保険者氏名					