本　人
家　族

負　傷　届

※A3サイズ見開きでご使用ください

令和　　年　　月　　日

西武健康保険組合理事長殿

被保険者氏名

下記のとおりお届けいたします。

健保組合
常務理事
事務長
取扱者
事業所	所属

受傷者	記号		番号		
	氏名		年齢	歳	
	受傷者が被扶養者のとき	氏名			
		続柄		年齢	歳
	住所(自宅)	TEL			
	住所(会社)	TEL			
	会社名		所属		
負傷内容	傷病名				
	発生年月日	令和　年　月　日　午前・午後　時　分			
	発生場所				
	原因	交通事故(自動車・バイク・自転車)　その他(　　)			
交通事故	事故結果	即死・入院中・直後の死亡(令和　年　月　日死亡)・治療中			
	警察官立会い	あった・ない・ないが届出・わからない			
	所轄署	警察署　　派出所			
事業主の証明	記載内容は事実と相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 事業主の 住所 氏名				

健保受付年月日

負傷発生の状況	できるだけ詳しく記入してください。		
負傷現場の見取図	負傷が発生した場所の見取図を記載してください。		
負傷日の状況	公休日(年休等を含む)・勤務：自宅出発(　時　分)・自宅到着(　時　分) 就業(　時　分～　時　分)		
治療状況	この負傷で治療を受けましたか？	受けた・受けていない	
	医療機関	名称	
		住所	TEL
	転医年月日	令和　年　月　日	
	転医した医療機関	名称	
		住所	TEL
	医療費の支払い方法	健康保険・自費・その他(　　)	
	治療開始日	令和　年　月　日　入院・通院	
	健康保険による治療開始日	令和　年　月　日　入院・通院	
	転帰	現在入院中・通院加療中・治癒・中止 (令和　年　月　日現在)	
	治療期間	入院・通院　自 令和　年　月　日 ～　至 令和　年　月　日	
	後遺症	ある・ある見込み・ない・ない見込み	
	治療見込み	令和　年　月　日から　ヶ月間ぐらい・　日間ぐらい	

K14202105