

【交通事故以外】

 本人
 家族

負傷届

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被保険者	記号	100	氏名	西武 太郎	生年月日	昭和(平成)令和 元年 4 月 1 日
	番号	12345	会社名	〇〇〇〇株式会社	所属	〇〇部
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
受傷者が被扶養者のとき	氏名	西武 保子	生年月日	昭和(平成)令和 2 年 10 月 15 日	続柄	妻

負傷内容	傷病名	〇〇捻挫				
	発生日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前・午後(〇)時 〇 分				
	発生場所	自宅				
交通事故	原因	交通事故(自動車・バイク・自転車) その他(灯油容器を持ち上げたとき)				
	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	
負傷発生の状況	できるだけ詳しく記入してください。 自宅で灯油の入ったポリ容器を運んでいるときに腰に痛みを感じた。 自宅で応急処置をしたがよくならなかったため、翌日〇〇病院で治療を受けた。					
負傷日の状況	公休日(年休等を含む)・勤務: 自宅出発(〇時〇分)・自宅到着(〇時〇分) 就業(〇時〇分～〇時〇分)					
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	〇〇病院			
		住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	転医年月日	令和 年 月 日				
	転医した医療機関	名称	TEL			
		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 〇 年 〇 月 〇 日 入院・通院()				
	健康保険による治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 入院・通院()				
	転帰	現在入院中・通院加療中・治癒・中止 (令和 〇 年 〇 月 〇 日現在)				
治療期間	入院・通院() 自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ～ 至 令和 〇 年 〇 月 〇 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					

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 〇 年 〇 月 〇 日 事業主名称 〇〇〇〇株式会社 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 氏名 〇〇 〇〇					健保受付年月日
	押印欄	事業所	所属	取扱者		
健保組合	常務理事	事務長			取扱者	