

負 傷 屈

No.

被 保 険 者	記 号		氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	番 号		会 社 名		所 属						
	住 所	〒								TEL	
受 傷 者 が 被 扶 養 者 の と き	氏 名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続 柄	

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	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。					
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	TEL			
		住所				
	転医年月日		令和 年 月 日			
	転医した 医療機関	名称	TEL			
		住所				
	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				

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		
押 印 欄	事業所				所 属				
健 保 組 合		常務理事		事務長			取扱者		