

## 負傷原因届

( 被保険者 ・ 被扶養者 )

いすゞ自動車健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

被保険者名 <small>フリガナ</small>	生年月日 ( 才 ) 昭和 平成 年 月 日	保険証記号	保険証番号
<input type="checkbox"/> 本届の提出を事業主に委任します。			
<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。			
現住所 〒 TEL	事業所名		
負傷者の氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日 ( 才 ) 昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
負傷年月日 令和 年 月 日 午前 午後	時 分頃	この負傷に関係する相手がありますか いる ・ いない	
負傷現場	傷病名		
○印を 記入	1. 通勤途上 2. 勤務中 3. 出張中 4. 休憩時間中 5. 休暇中 6. 欠勤 7. 休日 8. その他( )		
負傷原因 ( 行動目的 ・ 負傷場所 ・ 負傷状況 について詳しく記入してください ) ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----			
医療機関名 ( 受診したすべての医療機関を記入してください )			
治療の経過 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 現在治療中 ・ までで 治療完了			
上記のとおり届出いたします。 令和 年 月 日 被保険者名 _____			

※ 負傷が第三者の行為(交通事故など)によるものは、別に書類の提出が必要な場合があります。

※ 事業所を経由せずに健康保険組合に直接提出も可能です。