

負傷原因届 (回答票)

被保険者証記号・番号	—	事業所名称	
被保険者氏名			
被保険者住所	〒 —		
被保険者電話番号	()	日中の連絡先	()
負傷者氏名	(歳)	続柄	
傷病名			
診療を受けた等 医療機関	名称		電話番号 ()
	所在地	〒 —	
負傷日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃 令和		
負傷場所	1. 事業所内 2. 路上 3. 駅構内 4. 自宅 5. その他 () <small>(「2.路上」「5.その他」のときは具体的な所在地をご記入ください。)</small>		
負傷したときの状況	1. 出勤途中 2. 業務中 3. 勤務日の休憩中 4. 社用外出中 5. 退勤途中 (自宅直行・寄り道等あり) 6. 私用中 7. その他		
負傷原因 <small>(できるだけ詳しくご記入ください。)</small>	1. 何をしようとして (目的)		
	2. 何のために (原因)		
	3. どのようにしてケガをしましたか (結果)		
	4. 第三者によるケガ (事故) ですか (1) 交通事故 (2) その他加害行為による (3) 自損行為による (事由:) 「(1)」「(2)」の場合 ①加害者判明 (加害者の氏名) (損害賠償の有無) 有・無 ②加害者不明である。		
自動車・バイク・自転車等の事故の場合はこの欄もご記入ください。	1. 第三者の行為による (相手のある) 事故 (相手判明・相手不明) (1) 追突される (2) 車同士の衝突 (3) 助手席に同乗 (4) はねられる (5) その他 () 2. 自損行為による。		
被保険者の職種 <small>(負傷した方が被保険者のときにご記入ください。)</small>	(1) 事務職 (2) 技術 (現場) 職 (3) その他 () 具体的な職名 (職種)		
※健康保険組合記入欄			

《記入上の注意》

この届は「負傷した方」が記入してください。
ただし、「負傷した方」が未成年の被扶養者である場合など、自分で記入できないときは被保険者が記入してください。

／ 受付日付印

【提出先】 〒103-0027

東京都中央区日本橋2-1-14 日本橋加藤ビルディング7階

通信機器産業健康保険組合

TEL 03-3242-5452

FAX 03-3242-5303