

## 負傷原因届出書

被保険者の 記号・番号		被保険者の 氏名	
事業所の名称			
負傷者氏名		続柄	生年月日 年 月 日
傷病名 (負傷の程度)	( )		
最初に診療 手当を受けた 医療機関	病院名		
	所在地	TEL ( )	
負傷の状況  (何をしているときに、 どうして負傷したか詳細 に記入する。)	負傷年月日時	年 月 日 ( 時 分)	
	負傷場所		
	該当する 箇所に○	勤務中・休憩中・出勤前・帰宅後・ 通勤途中・休日・自宅・ その他 ( )	
	負傷原因		
治療期間	1. 年 月 日～ 年 月 日まで		
	2. 年 月 日～	現在も治療中である	

※記入なき箇所がある場合は受け付けません。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日 丁 一

住所  
氏名 印