

外傷原因届

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	記 号		氏 名	
	番 号			
	住 所			
事 業 所 名 称				
所 属				
日中の連絡先	内 線:		会 社:	
	自 宅:		携 帯:	
診 療 の 内 容	受 診 者 名	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名)		
	傷 病 名			
	医 療 機 関	名 称		
		所 在 地		
治療の開始日	令 和 年 月 日 開始			
負 傷 の 原 因	下記に、記入及びレ点をしてください。			
	①負 傷 した 日 時	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時頃		
	②負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)		
	③治 療 経 過	記入時現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
	④治 療 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで(予定)		
	⑤負傷した場所 (場所を具体的に記載してください)	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	⑥負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない		
上記に当てはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。 ※当健保までお問い合わせください	
⑦負傷したときの状況を分かりやすく、詳しく記入してください。	<input type="checkbox"/> 無			