負 傷 原 因 報 告 書

健康保険証の記号番号	―	事業所名称	
		所在地	
被保険者氏名生年月日住所		昭和 平成 年 月 日生	
		Tel － －	
負傷が被扶養者の場合氏名等		昭和 平成 年 月 日	続柄
傷病名			
診療、手当てを受けた病院、診療所、医院	病院名		
	所在地	Tel － －	

負 傷 時 の 状 況

① 日時	平成 年 月 日（ 曜日） 午 前 後 時 分（頃）
② 場所	□ 会社内 □ 道路上 □ 自宅 □ その他（ ）
③どの日ですか	□ 出勤日 □ 休日（定休日・休暇を含む） □ その他（ ）
④ 時間帯	□ 勤務時間中 □ 通勤途中（□出勤 □退勤） □ 出張中 □ 私用 □ その他（ ）
⑤ 負傷した原因で次にあてはまる場合がありますか。	□ 交通事故 □ 暴力（ケンカ） □ 動物による負傷（□飼い主有 □飼い主無 ） 相手 □ 有 →〔 □ あなたは被害者 → 金銭的補償 □ 有 （損保・示談・その他 ） □ あなたは加害者 〔 □ 無 □ 無 自損事故及び暴力（ケンカ）で相手のわからない場合は申立書を添付してください ※相手のいる交通事故の場合は別途書類が必要となります。組合までご連絡ください。
	□ スポーツ中 □ あてはまらない（ ）
⑥ 負傷時の状況（原因）について記入してください。	
⑦ 備考	

上記のとおり事実に相違ないことを報告します。

平成 年 月 日

神戸貿易健康保険組合 様

被保険者氏名 ㊞