

常務理事	事務長	部長	課長		担当者

健康保険 外傷原因報告書

記号 - 番号	—	被保険者氏名	
現住所	〒 — 日中の連絡先 ()		
負傷者氏名 (生年月日) (年齢)	[昭・平・令 年 月 日] (歳)	受診した 医療機関名	
負傷日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 (私用時・就業時間中・出退勤途上・交通事故相手あり・交通事故相手なし)		
	※ 就業時間中・出退勤途上の負傷は、労災保険適用です。 健康保険は原則、使用できません。(アルバイト・パート含む)		
負傷場所			
種別	自動車・バイク(原付)・自転車・徒歩・同乗・その他()		
事故発生当時の 負傷原因並びに 状況について (事実に基づいて できるだけ詳細に ご記入ください)			
治療開始日	令和 年 月 日 (入院・通院)		
治療状況	令和 年 月 日現在において 入院中・通院中・治癒・その他()		

上記のとおり事実と相違なく報告いたします。 令和 年 月 日 提出

※ 被保険者が押印されない場合は□に✓を記入してください。

確認欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。