

# 負傷原因報告書

注) 虚偽の報告であることが判明した場合は、当組合が負担した保険給付金を返還請求する場合があります。

健康保険証の記号番号	—	被保険者名 氏名			
本人が負傷した時	職種 (具体的に)	所属店		TEL	
	勤務時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 分 ~ <input type="checkbox"/> 午前 時 分 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 ~ <input type="checkbox"/> 午後 時 分		— —	
負傷した方 (本人・家族)	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄
傷病名					
負傷日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午前 時 分頃 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃		<input type="checkbox"/> 不明		
	<input type="checkbox"/> 通勤・退勤途上 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 休憩時間中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用				
負傷した当日の勤務状況	<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 早退 <input type="checkbox"/> 欠勤 <input type="checkbox"/> 公休 <input type="checkbox"/> 有給休暇				
負傷した場所	<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 仕事先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>詳しく書いてください (例: ○○市○○町○丁目道路上)</small>				
診療を受けた医療機関等	医療機関名	TEL		— —	
		受診状況		<input type="checkbox"/> 受診中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 治ゆ	
負傷の原因を医師に話しましたか	<input type="checkbox"/> 話した <input type="checkbox"/> 話さない				
第三者の加害行為による負傷について	<input type="checkbox"/> 加害行為である <input type="checkbox"/> 加害行為でない (自損行為)				
第三者の加害行為による場合	示談成立の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未済		損害賠償の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
負傷した時の状況 ※原因が不明でも、その旨ご記入のうえ、この用紙をご提出ください。 (何の目的で、どうしているときに、どのようになったというように詳しく書いてください)					
_____ _____ _____ _____ _____					
上記のとおり事実と相違ないことを報告します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 〒 — — _____ _____ 氏名 _____ (印) ☎ _____ — —					
S Gホールディングスグループ健康保険組合 理事長様					

※この用紙は、負傷した時及び腰痛症等の傷病の際に提出してください。

●第三者行為による負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。  
 ●記入の際は、ボールペン等消えない筆記用具を使用してください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。