

負傷原因報告書 記入例

主に従事している職種をご記入ください。
例) ドライバー、事務職、製造職、構内作業等

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	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇	被保険者名	佐川 太郎		
本人が負傷した時	職種 (具体的に)	ドライバー		所属店	〇〇営業所
	勤務時間	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 8 時 00 分 ~ <input type="checkbox"/> 午前 5 時 00 分	<input type="checkbox"/> 午後		
負傷した方 (本人・家族)	氏名	佐川 太郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 <input type="checkbox"/> 令和
傷病名	右下腿骨骨折				
負傷日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 31 年 3 月 1 日 (金) <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 午前 6 時 30 分頃 <input checked="" type="checkbox"/> 午後	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (友人宅のマンション) <small>詳しく書いてください。(例: 〇〇市〇〇町〇丁目道路上)</small>				
診療を受けた医療機関等	医療機関名	〇〇病院		TEL	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
	受診状況 <input checked="" type="checkbox"/> 受診中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 治癒				
負傷の原因を医師に話しましたか	<input checked="" 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 checked="" 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、どのようになったかというように詳しく書いてください)				
<p>休日、友人宅のマンションから帰宅する際、雨が降っていたため足を滑らせて、階段から転落し足を骨折した。</p>					
上記のとおり事実と相違ないことを報告します。					
令和 31 年 3 月 10 日					
被保険者の住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1-1-10 〇〇マンションA-101					
氏名 佐川 太郎 (佐川印) ☎ 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇					
SG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。

勤務されているご本人のお名前をご記入ください。

続柄までご記入ください。

負傷日がわからない場合は不明に✓をしてください。

負傷者がご本人に限らず、ご家族の方でも、お勤め(パート、アルバイト等)されている場合はご記入ください。

負傷した場所がその他の場合、〇〇スーパーの駐車場、公園、学校等、路上の場合は、おおよその住所を記入してください。

第三者とは、負傷時に相手がいた場合をさします。自動車事故に限らず、ケンカやひき逃げ等も含まれます。スポーツによる負傷は自損行為となります。

どのような場所で、どのような作業をしている時に、どのような物・環境又は状態で、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

ご本人の印鑑が必要です。連絡先は携帯電話でも結構です。

●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。