

# 負傷原因報告書【被保険者本人腰痛用】

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		—		被保険者氏名			
				生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
負傷時の職歴	所属店			勤務時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分 ~
	職種 (具体的に)			時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
職種の経験年数		<input type="checkbox"/> 3ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 3ヶ月~1年未満 <input type="checkbox"/> 1年~3年未満 <input type="checkbox"/> 3年~10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上					
傷病名							
負傷日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( )		<input type="checkbox"/> 午前 <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						
負傷した場所		<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 仕事先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 私用外出先 <input type="checkbox"/> 不明					
診療を受けた医療機関名及び電話番号				TEL	—	—	
				TEL	—	—	
				TEL	—	—	
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)					
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)							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
負傷後受診までの時間経過		<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 翌日		<input type="checkbox"/> 日後 理由：			
過去の腰痛の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合	いつ頃	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃		
				受診状況	<input type="checkbox"/> 受診中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 治ゆ		
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 〒 - <hr/> 氏名 _____ ☎ _____							
S Gホールディングスグループ健康保険組合 理事長様							

- 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。