

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 ~ <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 | |
| | 職種(具体的に) | | | | | |
| 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"/> 令和 | | | <input type="checkbox"/> 午前 時 分頃 <input 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/> | | | | | | |
| 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 _____ (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 | | | | | | |

- 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。