

負 傷 届

被保険者証の 記号番号	記号 番号	事業所名
受診者名		
医療機関名		
負 傷 の 原 因	1. いつ(日時) 令和 年 月 日 午前 午後 時頃	
	2. どこで(場所) _____ _____ _____	
	3. 何をしていて(負傷原因) ※詳しくご記入ください _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 (千 一) 被保険者の住 所 氏 名 (印) 職 場 電話	
YKK健康保険組合 理事長 殿		

ご記入いただいた個人情報は、負傷原因の確認にのみ利用させていただきます。