

健康保險(被保險者・被扶養者)負傷原因書 《交通事故以外》

被保険者証の		記号		番号		被保険者氏名					
事業所名					事業所所在地						
負傷者氏名					負傷者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	
負傷年月日		令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃									
事故発生場所						傷病名					
負 傷 し た と き の 詳 細											
1. 出勤前 2. 通勤途上(出勤時・帰宅時) 3. 勤務中 4. 休憩中 5. 帰宅後 6. 休日 (負傷の原因・状況等)											
いつ、どこで、何を、どうしているうちに、何が、どういうふうになって、どこをどう負傷したかを詳しく記載してください。											

上記のとおりお届けいたします。

令和 年 月 日提出

被保険者の住所

氏 名

電話番号

印

健保受付年月日

オークマ健康保険組合理事長 殿

理事長	常務理事	事務長	担当者

※負傷原因が第三者のよるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

オークマ健康保険組合