負傷原因報告書

住友不動産ステップ健康保険組合

| TEL | 0 5 0 | (3.1) | 12) | 0.2.5 |
|-----|-------|-------|-----|-------|

| 健康保険被保険者 | 被保険者 | 記号番号 | 000-000 | | 氏 名 | | 住友 太郎 | | | |
|----------------------|---|-------------------------|------------|------------|-------|------|----------------|------|------|--|
| 負傷した人 | 続柄 | 本人 | 氏 名 | 住友 | 太郎 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | ○年 ○ | 月 〇日 | |
| 負傷した日時(詳細に記入) | 仕事中・通勤中・その他 (○○ 年 ○ 月 ○ 日 (○曜日) 午前 午後 ○ 時 ○ 分頃 | | | | | | | | | |
| 負傷した場所(詳細に記入) | 事業所内・通勤途上・その他(スキー場) | | | | | | | | | |
| 負傷の原因 | 事故 ・ 他人の加害行為 ・ 原因不明 ・ その他 (自分の不注意) | | | | | | | | | |
| 負傷したときの状況 (詳細に記入) | 何の為に、何をしているうちに、どんなふうにどうなったかを詳細に記入 リフトから転倒し、骨折しました。 | | | | | | | | | |
| 病院・診療所等で 診療を受けたか | 受けた・受けなかった (どちらかに○) 機関名称 □□病院 所 在 地 ○○区○○町0-0 電話番号 1234-5678 | | | | | | | | | |
| 診療費の支払状況 (どれかに○) | ・第三都 | スは家族が 者が支払い J村助成等 | | ななし | 易病の状況 | ; | 左大腿 | 骨骨折 | | |
| 診療を受けた期間 | 0C 0C | , | 月 〇 月 〇 | 日から 日まで | 見在の状況 | 治 | 癒 | • 治療 | 中 | |

上記のとおりご報告申し上げます。

○○年○月○日

被保険者 住所 新宿区○○町0-0

氏名 住友 太郎

電話番号 12 (3456)7890

※この報告書は、負傷原因を特定し、健康保険の給付対象となるかの判断に利用します。 この目的外で利用したり、予め本人の同意を得ずに、第三者へ情報を提供することはございません。