

負傷原因の照会について

下記の傷病の発生原因及び状況について照会いたします。この照会は保険給付の決定・処分を適正に行うためのものですから、回答がない場合には保険給付を受けられなくなる場合があります。なお、傷病が第三者の行為（例えば、交通事故など）によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

東京貨物運送健康保険組合

平成 年 月 日

負傷原因届

被保険者証 記号・番号		受診者氏名	(本人・家族)
傷病名			
診療開始 年月日	平成 年 月 日	医療機関名	

問 答

負傷の日時	平成 年 月 日 () 曜日 午前・午後 時 分ころ イ、公休日 ロ、休暇日 ハ、勤務日 (始業 時 分 ~ 終業 時 分)								
負傷場所等	イ、出勤途中・帰宅途中 ロ、就業時間中 ハ、休憩時間中 ニ、出張中 ホ、自宅・アパート・寮内 ヘ、私用で外出中 ト、その他 ()	<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">}</td> <td>a、自社構内</td> <td rowspan="3">}</td> <td rowspan="3">略図・見取り図 発生場所 (所番地) _____</td> </tr> <tr> <td>b、他社構内</td> </tr> <tr> <td>c、道路上</td> </tr> </table>	}	a、自社構内	}	略図・見取り図 発生場所 (所番地) _____	b、他社構内	c、道路上	
}	a、自社構内	}		略図・見取り図 発生場所 (所番地) _____					
	b、他社構内								
	c、道路上								
発生の原因 状況・結果	業務との関係	あり (職種:) ・ なし							
	第三者による加害行為	あり (加害者氏名:) ・ なし							
何のために、何をした (している) 時、どうなった。など具体的にご記入ください。									
その場に居合 わせた人	い る (現認者氏名:)	当人との関係: ()	・ いない						
その他 参考事項									

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

被保険者住所

氏名 _____ (印)