

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。本書を受け取った日から10日以内に回答し提出してください。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
令和 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・令 年 月 日	医療機関名

問 答

負傷の日時	平・令 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 } { a、自社構内 ハ、休憩時間中 } { b、他社構内 ニ、出張中 ホ、自宅・アパート・寮内 ヘ、私用で外出中 ト、その他 ()	略図・見取り図 発生場所 (所番地) _____
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。

令和 年 月 日

被保険者住所

氏名 _____ ㊞