

傷 病 原 因 届

常務理事	事務長	課 長	係 長	主 任	担 当

埼玉県医師会健康保険組合 宛

令和 年 月 日 提出

被保険者証記号番号		—					
被保険者氏名							
被保険者住所		〒 — 自宅 () ・ 携帯 ()					
負傷した者		被保険者本人 ・ 被扶養者(氏名 続柄)					
負傷した日時		令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時頃					
負傷した場所							
負傷した時の状況		1. 出退勤途中 2.業務時間中及び休憩中 3.自宅内 4.私用で外出中 5. その他()					
負傷原因	どんな用事をしているとき						
	どうしていて						
	どういうふうに						
	体のどの部分を						
	どのように負傷したか						
	傷 病 名						
第三者行為による場合は該当項目に○をつけて下さい。		0. いいえ 1. はい (相手判明) 2. はい (相手不明) ※はいの場合は、この用紙の他に第三者行為被害届の提出が必要となります。					
保険診療を受けた医療機関の名称・住所及び期間		名 称		住 所		期 間	月 日 ~ 月 日
		名 称		住 所		期 間	月 日 ~ 月 日

提出先 〒330-0062
さいたま市浦和区仲町 3-5-1
埼玉県医師会健康保険組合
TEL 048-832-7882 FAX 048-832-7818

