

# 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 2 年 9 月 11 日 提出

被保険者証記号番号	〇〇〇〇 - △△△△					
被保険者氏名	健 保 太 郎					
被保険者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 自宅 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇 ・ 携帯 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇					
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 2 年 8 月 31 日 午前 ・ 午後 3 時頃					
負傷した場所	さいたま市〇〇〇区〇〇〇〇町1-2-3					
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	休日買物に出かけた				
	どうして	自転車で曲がろうとした時に				
	どういうふうに	道端の段差に自転車のタイヤがすべり転倒				
	体のどの部分を	右手首を				
	どのように負傷したか	転倒した時に右手首を突いて				
	傷病名	右橈骨骨折				
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	〇〇〇〇整形外科	住所	さいたま市〇〇〇区〇〇〇町4-5-6	期間	10月30日～ 11月15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

