

負傷原因報告書

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

届出日 令和 年 月 日

被保険者	記号・番号	4 9 1 —	所 属		職 番	
	氏 名			生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	

負傷した方（被保険者または被扶養者）の状況	負傷した方の氏名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	続 柄	
	傷 病 名					
	負傷した日時	令和 年 月 日（ ）		午前 午後	時 分頃	
	負 傷 し た 時 の 状 況	() 休日・私用中 () 勤務中 () 勤務日の休憩中 () 通勤途中 (出勤中 ・ 退勤中 / 寄り道等有り ・ 寄り道等無し) () その他 ()				
	負傷した場所	() 自宅 () 職場 () 学校 () 路上 () その他 ()				
	負 傷 の 原 因 当てはまるものに○印	() 交通事故 () 暴力・ケンカ () スポーツ中 () 動物による負傷 (飼い主有り ・ 無し) () 上記には当てはまらない				
	上記に当てはまる場合、相手方の有無は	相手：() 有り → () あなたは被害者 () あなたは加害者 ※相手が「有り」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。 相手：() 無し				
	第三者の加害行為による負傷の場合	相手方の氏名				
		相手方の住所	〒 — Tel. — —			
		示談解決の有無		示談 () した () 示談していない		
負傷の状況を詳しくご記入下さい						
治療費の支払についてご記入ください	() あなたが負担した () 相手方が負担した ・ その治療費を、学校・協会・クラブ等に請求 () した ・ () する ・ 請求 (した・する) のは → () あなたが負担した分のみ ↳ () 健保負担分を含む、治療費全額 () その他 具体的に ()					
最初に受診した医療機関	医療機関名					
	所在地					

※ 該当項目に○印を記入してください。

R 6.12.2