

任意継続被保険者 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 3 —		被 保 険 者 区 分	任 意 継 続	
	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 ()						
最初を受診した 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