様式番号	
給	11

健保使用欄	部　長	課　長	扱	健保適用 交通・通勤 業務上・第三	附 停 止

記号・番号：（　　－　　）　続柄＿＿＿＿＿

受診者＿＿＿＿＿＿＿＿　平成・令和　年　月　日　生

傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿　令和　年　月　日初診

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

傷 害 事 故 届

１．負傷した日時

令和　年　月　日（　曜日）　午前・午後　時　分頃

・当日は（出勤日：勤務時間　時　分～　時　分　・　非出勤日）

＊非出勤日が平日の場合は出勤簿の写しを添付してください。

２．負傷した場所（施設名称・住所などをご記入ください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．負傷した理由（ア、イには被扶養者のパート・アルバイトを含みます）

（ア）仕事中に負傷した　　（エ）相手行為で負傷した

（イ）通勤（出勤・退勤）途中の負傷　　（オ）学校（部活動中含）で負傷

（ウ）交通事故　　（カ）　その他

４．どうして負傷したのか発生状況について詳しく書いてください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※（ウ）交通事故、（エ）相手行為で負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」も記入してください

５．医療費の自己負担分はどなたが負担していますか（申請中を含む）

（ア）負傷者又は被保険者　　（ウ）保険会社

（イ）相手（加害者）　　（エ）日本スポーツ振興センター（学校の負傷）

（オ）その他（　　）

６．受診者の担当業務　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以上のとおり回答いたします。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平日日中の連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（携帯・勤務）