

様式番号	
給	11

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

記号・番号：(—) 続柄_____

受診者_____ 昭和・平成・令和 年 月 日 生

傷病名_____ 令和 年 月 日初診

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・非出勤日)・当日の勤務時間_____時 分～ 時 分

※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 _____

以上のおり回答いたします。

被保険者氏名(自署) _____

住所 _____

平日日中の連絡先 _____ (携帯・通勤先)