

記号 番号

様

組合 記入 欄	伺日	令和 年 月 日		
	常務理事	事務長	係長	係
事由				
	1. 業務外 4. 自損行為	2. 業務上 5. 第三者行為	3. 通勤災害	

名古屋市中区丸の内三丁目1-35
名古屋薬業健康保険組合
TEL(052)211-2439

負傷原因等の照会について

あなた様(またはご家族様)が治療を受けられた下記の傷病名について負傷の原因等の確認をいたしたく存じます。つきましては下記事項にご回答のうえ、至急ご返送くださいますようお願いいたします。

記

対象者	傷病名	医療機関名	初診日
様			令和 年 月 日

1. 負傷した日時はいつですか。
年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
2. 負傷した時間帯は次のうちどれですか。
出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後
休日(定休日・有給休暇など)・その他()
3. 負傷した場所はどこですか。
会社内・工場内・道路上・営業先・自宅・その他()
4. 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。
5. 第三者の行為による負傷ですか。
いいえ・はい(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)
6. 現在も治療を受けられていますか。
はい・いいえ(「いいえ」の場合 年 月 治療終了)
7. 今回ご照会の医療機関以外で治療を受けられましたか。
いいえ・はい(「はい」の場合 医療機関名: 受診月: 年 月 ~)
8. 負傷された方が勤められている場合、仕事の内容と勤務時間について記入してください。
仕事の内容 () 勤務時間: 時 分 ~ 時 分
住所
被保険者 氏名
昼間連絡先TEL() -