

常務理事	事務長	担 当

負傷原因報告書（第三者行為による傷病届）

氏名コード			被保険者氏名		
負傷が被扶養者の時	氏名			生年月日	
傷 病 名					
負傷した日時	年 月 日（ 曜日）		午前 午後	時	分頃
負傷した場所	市 府 郡 区		町		付近
負傷原因状況について (何をどのようにしようとして、何によりどのようになったか)					
業務上による負傷と思いますか (負傷が被保険者の場合のみ記入)	思う 思わない				
状 況 略 図					
診療を受けた医療機関 の名称・所在地	名称			所在地	
初診の日時	年 月 日（ 曜日）		午前 午後	時	分頃
治 療 期 間	から 年 月 日 まで				1 治療終了 2 現在も治療中
医療費の負担は	1 健康保険(保険証使用) 2 加害者負担 3 自己負担 4 事業主負担 5 自賠責保険				
上記のとおりお届け(回答)いたします。 年 月 日 被保険者または 住所(住民票) 届 出 者 氏名 四電工健康保険組合理事長 様					