

決	理事長	事務局長	係	特記事項
裁				

負傷原因報告書

令和 年 月 日提出

被保険者番号	香組 4			
組合員住所電話番号	〒 (電話)			
組合員氏名	(昭・平・令 年 月 日生)	職種		
負傷が家族の場合家族の氏名	(昭・平・令 年 月 日生)	組合員との続柄		
傷病名				
労災保険の有無	[有 ・ 無]	事業所勤務の場合事業所の名称		
負傷の状況	いつ	令和 年 月 日 (曜日) [午前 ・ 午後] 時 分頃 〔 出勤前 ・ 出勤途上 ・ 始業前 ・ 工作中 ・ 休憩中 ・ 終業後 退勤途上 ・ 帰宅後 ・ 休日 ・ その他 () 〕		
	どこで	〔 市 ・ 郡 〕 町 〔 路上 ・ 自宅 ・ 事業所 ・ 作業場 ・ 現場 〕 その他 ()		
	原因	〔 業務上事故 ・ 犬等による咬傷 [他人の飼犬等 ・ 自分の飼犬等 ・ のら犬等] 交通事故 [相手有 ・ 自損] ・ けんか ・ その他 () 〕		
時	何をしていた、どうなったかを詳しく記入してください。必要な場合は、状況図も記入してください。			

治療を受けた医療機関	① 名称	受診期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	〔 治療中 ・ 治ゆ 転医 ・ 死亡 〕
	② 名称	受診期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	〔 治療中 ・ 治ゆ 転医 ・ 死亡 〕

同意書

貴組合が、私の上記報告内容について、診療を受けた医師及び医療機関に照会し、事実確認に必要な情報を取得することに同意します。また、報告内容が虚偽の場合、貴組合に医療給付額の返還を求められても一切の異議を申し立てません。

香川県建設国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日 組合員氏名



支部長氏名

印

理事氏名

印

注) ・ [] 内は、該当するものを○で囲んでください。

・相手のいる交通事故、他人の飼犬等による咬傷、けんか等の場合で、相手方に過失があるときは、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。