

常務理事	部 長	担 当	意 見	備 考

傷病(負傷)発生原因・状況

被保険者 記号番号		被保険者の氏名		事業所名称	
-					
保険診療を受けた人の氏名(続柄)			傷 病 名		医 療 機 関 名 称
() 年 月 日生まれ					
保険診療を受けた期間	年 月 日初診 自 年 月 日 至 年 月 日				
いつ、どこで、何のため(どこからどこへ向かうため)、何をしていた、傷病(負傷)がどのようにして発生したか。 というように、発生原因・状況を詳しく記入してください。			傷病発生日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
第三者行為によるとき	第三者の氏名 勤務先				
	住所 〒 - 所在地 〒 -				
	TEL () TEL ()				
	★ 健康保険組合が第三者に損害賠償請求(健康保険組合が支給した[支払った]額の請求)するものについては、別に、第三者行為による事故届・念書・証明書(人身事故)等の書類を提出していただきます。				

傷病(負傷)発生・原因状況は、上記のとおりです。

年 月 日
被保険者 住所 〒 -

氏名 _____
TEL () _____

電線工業健康保険組合理事長 殿