

# 負 傷 届

年 月 日

健康保険 被保険者証	記 号	番 号	
被保険者氏名			
勤務先 名称 住所	〒 TEL ( )		
受診者氏名	続柄( )		
被保険者住所	〒 TEL ( )		
負傷した日時	年 月 日 曜日 午前・午後 時 分頃		
	プライベート・出勤途中・勤務中・休憩中・退勤途中・出張中 通学中・アルバイト中・その他( )		
負傷の場所	(例:会社・自宅など)		
負傷日の勤務時間	年 月 日 午前・午後 時 分から		
	年 月 日 午前・午後 時 分まで		
負傷した原因	何をしているときに、どの様に負傷しましたか。詳細にご記入ください。		
※交通事故の場合	相手はいますか。 はい ・ いいえ		
医療機関の 名称・所在地	名称		
	所在地		
診療を受けた日	年 月 日 から 年 月 日 まで 現在治療中 ・ 治癒		
備 考			

また、第三者の行為による負傷(交通事故・同乗者含)は、別に提出する書類があります。  
については、文化シャッター健保組合までお問い合わせください。