

負傷原因報告書

記号・番号	—	被保険者氏名	
事業所名		受診者氏名	
初診日	令和 年 月 日	医療機関名	
負傷の原因及び発生状況等	<p>1. いつ、どこで負傷されましたか？</p> <p style="margin-left: 40px;">いつ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/>午前・<input type="checkbox"/>午後 時 分頃</p> <p style="margin-left: 40px;">どこで <input type="checkbox"/>自宅 ・ <input type="checkbox"/>会社 ・ <input type="checkbox"/>学校 ・ <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>2. 負傷した状況</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>私用中</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>業務中 ・ <input type="checkbox"/>通勤途上 (パート・アルバイトを含む)</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>※業務中や通勤途上での負傷の方は、各事業所の総務担当者（被扶養者の場合は勤務先）に報告されましたか？</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>はい</p> <p>3. 負傷した時の状況を具体的にご記入下さい。(何をしていた負傷したか？等)</p> <p>4. 次の項目についてお答え下さい。</p> <p style="margin-left: 40px;">相手が <input type="checkbox"/>いる ・ <input type="checkbox"/>いない</p> <p>5. 治療の状況</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>治療継続中</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>治療終了 (年 月 日頃)</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>症状固定 (年 月 日頃)</p>		
<p>上記の記載事項に相違ありません。</p> <p style="margin-left: 40px;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 40px;">被保険者氏名</p>			