

## 負傷原因届書

|   |                            |
|---|----------------------------|
| 受診者氏名   |                            |
| 受診医療機関名   |                            |
| いつケガをしましたか  | 平成 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ       |
| どこでケガをしましたか   | 自宅、路上、その他の場所（ ）            |
| その時、何をして、どの様にしてケガをしましたか（できるだけ詳しく書いてください）  | 家事、買い物中、工作中、通勤途中、私用<br>〔 〕 |
| 他人にケガをさせられたとき   | 加害者の氏名・住所                  |
| 勤務中のケガのとき   | 勤め先の名称・所在地                 |
| <p style="text-align: center;">上記のとおり回答します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住 所<br/>氏 名<br/>電 話</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p> |                            |