

負 傷 原 因 届

記号		被保険者			
番号		受診者名	生年月日	年	月 日
傷病名					

↓ 下記照会事項についてご回答ください（該当する□にはチェック（✓）を記入してください） ↓

治療を受けた医療機関名と住所	〒 — —	住所		
実際に受けた治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで 日間医療機関にかかりました。 上記治療は現在 <input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中			
負傷の日時 (パート・アルバイト含む)	年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) (<input type="checkbox"/> 食事又は寄り道した後)			
負傷の場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> その他 ()			
負傷日の勤務時間	<input type="checkbox"/> 勤務日 <input type="checkbox"/> 午前 時 分 ~ 午後 時 分まで <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ()			
受診者の仕事内容				
負傷の原因	何をしている時に	(例 歩行中・自転車運転中・階段を降りようとした時・野球をしている時)		
	どういうふうになって	(例 足が石につまづき)		
	どこをケガした	(例 足を骨折した)		
	ケガをする直前	<input type="checkbox"/> 飲酒していた (どの程度・何時間くらい:) <input type="checkbox"/> 飲酒していない		
事故の形態	<input type="checkbox"/> 自らの不注意によるケガ <input type="checkbox"/> 交通事故 (<input type="checkbox"/> 相手有 <input type="checkbox"/> 相手無) <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 ()			
通常通勤経路 ※通勤途中でケガをした場合のみ記入して下さい	(所要時間:)			
上記の通り相違はありません。 年 月 日				
住 所 〒 — —				
連絡先 (携帯番号など) — —				
被 保 険 者 名				印
事 業 所 名				
勤務先の所在地				

※ 他人の行為による負傷の場合には速やかに「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。

返送先 〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町 1-9-6 東京織物健康保険組合 給付課 03-3661-2254 (代)

2019. 2. 26 作成