

① ※印の欄は記入しないで下さい。

② 請求した給付金について本人と違う口座に振込を希望する場合、受取代理人の欄にご記入下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号		被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名 と 印						印
		番 号		生 年 月 日				年 月 日		
				資 格 取 得 年 月 日				年 月 日		
	被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所	〒	—							☎ ()
	事 業 所 の 名 称				事 業 所 又 は 問 合 せ 先 電 話 番 号					☎ ()
	事 業 所 の 所 在 地									
	被 扶 養 者 の 申 請 に 関 す る と き は そ の 者 の	氏 名			生 年 月 日			年 月 日	続 柄	
	傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日					年 月 日
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				傷 病 の 経 過					
	診 療 又 は 手 当 て を 受 け た 病 院 の	名 称			所 在 地					
	診 療 に 従 事 し た 医 師 の	氏 名			入 院 ・ 通 院 の				入 院 ・ 通 院	
	診 療 又 は 手 当 て の 内 容				第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た も の で あ る か 否 か				あ る ・ な い	
	診 療 又 は 手 当 て の 期 間			年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間			診 療 ま た は 手 当 に 要 し た 費 用 の 額		円
コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは			証明書 (意見書) 年 月 日 装着日 (領収日) 年 月 日 装具を作製したときは 入院中 通院中 (○ で 囲 ん で 下 さ い 。) 靴型装具の申請時は当該装具の写真を添付 (患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)							
療養の給付を受けることができなかった理由 (詳しくご記入下さい)									補装具製作所が保険契約無きため	

代理人の印は、違う印でお願いします。

↓ 必ず通帳 (表面) のコピーを添付して下さい。

支 払 金 融 機 関 の 欄	銀 行 本 店			受 取 代 理 人 の 欄	本 請 求 に も と づ く 給 付 金 に 関 す る 受 領 を 代 理 人 _____ に 委 任 し ま す 。	
	金 庫 支 店					
	種 類	1. 普 通	2. 貯 蓄			3. 当 座
	口 座 番 号					
	フリガナ				本 人 住 所 氏 名 印	
	預 金 の 義 人				代 理 人 住 所 氏 名 印	

※

備 考	扶養認定日
-----	-------

※

受 付 印

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 <input type="checkbox"/> 午後 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 足が石につまずき)			
	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)