

傷病発生原因調査票（本人・家族）

証記号・番号	所属	被保険者氏名
傷病名	該当者氏名	
医療機関名	月分医療費総額 円	
回 答 記 入 欄		
下記の通り報告いたします。		
年 月 日	被保険者（該当者）氏名	印
発生日	年 月 日（ ） 時 分頃	
場 所		
詳細説明	・発生時の用務状況 イ. 勤務時間中 ロ. 会社との通勤途中 ハ. その他（ ） ・発生状況（できる限り詳しく記入ください）	
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 の内 日間	
相手方の有無	有の場合	氏名 連絡先 住所
有・無	交通事故の場合は、自賠責保険への手続きの有無 有・無	
被保険者記入欄 （該当者が本人の場合のみご記入ください）		
原因	イ. 業務上災害 ロ. 通勤災害 ハ. 交通事故 ニ. その他（ ）	
勤務先への届出	1. 届出済 2. 未届け	労基署への届出 1. 届出済 2. 未届け
労災担当者所見欄 （上記でイ・ロと答えた場合、又は勤務時間内に発生した場合）		
所見等	年 月 日	氏名 印
被扶養者記入欄 （該当者が家族の場合のみご記入ください）		
原因	イ. 交通事故 ロ. その他（ ）	
健保記入欄	業務上	通 災
第三者行為・自損・労災・その他	交通事故	その他
	担 当	課 長
	事務長	常務理事

*調査の結果が第三者行為であった場合、関係書類の提出を再度依頼します。