

傷病発生原因調査票（本人・家族）

被保険者等 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、自賠償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				
労災責任者所見欄（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	交通事故	その他	担 当	係 長	事務長	常務理事
	第三者行為・自損・ 労災・その他							

*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。