

負 傷 届

記号・番号			
負傷者氏名		被保険者との続柄	
負傷した日時	平成 令和	年 月 日	午前・午後 時 分頃
負傷した場所			
発生状況 (当時の用件を具体的に記載してください)			
交通事故か否か	交通事故で	ある・ない	
勤務中か否か	勤務中で	ある・ない	
通勤途上帰途か否か	通勤途上帰途で	ある・ない	
警察の立ち会い若しくは届出	警察の立ち会いもしくは届出が	ある・ない	
<p>上記の通り相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p style="text-align: center;">被保険者 自宅住所</p> <p style="text-align: center;">自宅電話</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊞</p>			

回答提出先 税務会計監査事務所健康保険組合
 〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-12-11
 連絡先 03-3232-5541 給付審査課