

負傷原因報告書 (家族用)

必要事項を記入し、該当する項目に○印をしてください。

理事長	常務理事	事務長	担当者

被保険者証の 記号と番号	3907— 第 号	被扶養者(家族) の氏名		続 柄		
傷病名						
負傷年月日	平成 年 月 日	曜日	時頃			
診療を受けた 病院名	当初	転医後	転医後			
負傷の 状況	用務・状況	◎交通事故によるものですか?		1.いいえ	2.はい	
		◎第三者(相手)行為によるものですか?		1.いいえ	2.はい	
		◎第三者行為による場合、原因はどちらですか?		1.本人	2.相手	3.双方
		1. 多少酒を飲んでいて。 2. 酒は全く飲んでいないが、考え事をしていて。 3. なんとなくわき見をしていた。 4. 瞬間の出来事でよく覚えていない。 5. 暗い所で見えなかった。				
		◎負傷状況の詳細(用務内容・場所・負傷状況等を詳細にご記入ください。)				
				◎他の制度(市町村の医療費助成、学校の災害共済など)から助成を受けましたか?		
				1.いいえ	2.はい	

私の被扶養者の負傷内容について、上記の通りです。

平成 年 月 日

被保険者

印

キタムラ健康保険組合 理事長 殿

負傷原因照会は、法律(健康保険法57条、施行規則65条等)に則って実施しております。
 万一ご回答が遅れますと、付加金計算が出来ないために給付金支給が遅れてしまう場合もあります
 のでご承知ください。