

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 0000 号	被扶養者(家族) の氏名	北村 二郎		続柄	次男
傷病名	右足首捻挫、右肘挫創					
負傷年月日	令和 00 年 5 月 3 日 月 曜日 16 時頃					
診療を受けた 病院名	当初 000総合病院	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. <input checked="" type="radio"/> 1.いいえ 2.はい			
		◎第三者(相手)行為によるものですか?	1. <input checked="" type="radio"/> 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. <input checked="" type="radio"/> 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。)				
	自転車で学校から自宅に帰る途中、自転車の車輪が溝に挟まり自転車ごと転倒し 右足首と肘を負傷した。					
	◎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。

令和 00 年 5 月 15 日 被保険者

北村 太郎



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。