常務理事	事務長	課　長	係　長	担当者

負傷原因届

※ 交通事故・傷害事故の場合は別途届出書類が必要となりますので、健保組合にご連絡ください。

※ 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名（サイン）をご記入ください。

①被保険者等記号番号	②事業所	名　称	
		所在地	
③被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	④生年月日	⑤日中の連絡先
		昭和 平成 令和　年　月　日	TEL
⑥被保険者の住所	郵便番号	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
⑦負傷した者が被扶養者のときはその者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	続　柄
		昭和 平成 令和　年　月　日	
⑧傷病名		⑨負傷(発病)した日時	令和　年　月　日（　）
			午前・午後　時　分頃
⑩負傷(発病)した場所	※住所、名称等		
	・会社内　・休憩時間の外出時　・出張又は仕事の外出時　・通勤、退勤途中		
	・自宅内　・休日の外出時　・その他（　）		
⑪負傷(発病)の原因及び状況	何をしていて		
	どうしているうち		
	どのようになって		
	どこを(負傷の部位)		
	どうした		
⑫スポーツ中の負傷の場合	1. 会社の部活動、ﾌﾟﾛｽﾎﾟｰﾂ　2. 社内行事のスポーツ大会(強制参加・任意参加)		
	3. 任意参加のｻｰｸﾙ又は個人の趣味でしているもの		
	4. その他　（　）		
⑬被扶養者の負傷の場合	1. ﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ先または通勤・退勤途中の負傷		
	2. 無職のため、1に該当しない		
⑭通常の通勤経路及びその方法	通常経路・・・被保険者及び被扶養者でﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ等している方は記入してください		
	(自宅) ⇒　⇒(勤務先)		
	所要時間約　分		
⑮出かける途中等で負傷した場合はその経路	負傷当日の経路：どこからどこに行くまでに負傷したのかを記入してください		
	出発地（　）⇒　⇒目的地(　)		
	時　分		
⑯他人の行為によるものですか？		⑱負傷が他人の行為によるときはその者の	氏　名
i いいえ	ii はい(相手判明)		住　所
	iii はい(相手不明)		連絡先
⑰保険診療を受けた医療機関	名称	所在地	初診日　令和　年　月　日
			治療中・治癒・転院
	名称	所在地	初診日　令和　年　月　日
			治療中・治癒・転院

※ 負傷した日と診療をはじめて受けた日が違う場合はその理由を記入

全国硝子業健康保険組合

確認欄	□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印