

負傷原因届（傷病手当金）

被 保 険 者	被 保 険 者 証	(記号)	(番号)
	氏 名		
	住 所		
	事 業 所 の 名 称		
負 傷 に つ い て	日 時	令和 年 月 日 午前・午後 時頃 勤務中・通勤途中・休日・その他（ ）	
	場 所		
	原 因	交通事故・自動車・バイク・自転車 その他（ ）	
	相 手 の 有 無	有 ・ 無	
	発 生 状 況		
	発 生 状 況		
	発 生 状 況		
	発 生 状 況		
医 療 機 関	名 称		
	所 在 地		
	被 保 険 者 証 使 用 の 有 無	有 ・ 無	
上記の通り、相違ありません。 令和 年 月 日			
被 保 険 者 氏 名 ㊞			
事 業 主 の 確 認	上記の者について、負傷の原因は届出記載の通り、確認しました。 令和 年 月 日 事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名 ㊞		

飯野健康保険組合 理事長殿