

# 負傷の原因について(回答)

※該当□にチェックをして該当事項をご記入下さい

1. 被保険者証番号 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

2. 受診者名 氏名 \_\_\_\_\_ □ 被保険者 □ 被扶養者

3. 傷病名をご記入下さい \_\_\_\_\_

4. 負傷した日はいつですか 平・令 年 月 日 曜日(午前・午後) 時 分頃

休日(定休日・有給休暇)  一旦帰宅後に外出して  自宅内で  勤務時間中

出勤(帰宅)途中  社用外出中  勤務日の休憩・食事中  出張中

出張中の私用外出  学校内で(授業中・部活中等)  遊びに行っていて

アルバイト(パート)の勤務中

その他( )

5. 負傷した時の状況を詳しくご記入下さい

・どこで負傷しましたか  会社内  自宅  駅構内  道路上  歩道上  学校内  
 その他( )

・どこで、何をしていた

・どのような状況・状態で

・身体のどこの箇所が

・どうなりましたか

・負傷日と初診日が7日以上  
離れている場合はその理由

・通勤(出勤・帰宅)途中 の場合  
 どこにも寄らないで、出勤(帰宅)の途中

立ち寄った(買物・食事等) \_\_\_\_\_

6. 学校行事やスポーツ中の負傷の場合

任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの  プロスポーツ  
※団体、主催者側等の災害共済給付制度の申請について (申請済み又は予定 申請無し)

会社の部活・社内行事のスポーツ大会(強制・任意)参加

学校行事(授業中、部活、登下校中 等)  
※日本スポーツ振興センター等の災害共済給付制度の申請について(申請済み又は予定 申請無し)

7. 負傷した際に相手(加害者)がいますか いる いない

8. 治療期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで  
イ. 現在治療中 ロ. 治った ハ. 治っていないが受診はしていない

上記のとおり回答いたします。  
令和 年 月 日

被保険者名 \_\_\_\_\_

住所

電話番号

連絡先電話番号(携帯等)

※労災等の可能性がある場合はこの回答に基づき、自動車振興会健康保険組合が事業主・医療機関に照会する事があります

\*上記に記載モレ・不明な点等があった場合、補足文書をお願いすることがあります。