

被保険者  
被扶養者

# 負傷原因届

事業所名称	連絡先 TEL ( )				
保険者証の 記号・番号		被保険者 氏名	⑩		
負傷者 氏名		大 昭 平	年 月 日生	続 柄	
負 傷 の 状 況	負傷の 年月日	平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分頃事故発生	事故発生場所		
	※被保険者の場合のみ○で囲んでください。 1. 出勤前                      2. 通勤途上 (出勤時、帰宅時)                      3. 勤務中 4. 休憩中                      5. 帰宅後                      6. 休日				

【記入例】「いつ(平成〇年〇月〇日午前〇時)、どこで(会社又は自宅の階段で)何を(本を)、どうしているうちに(持って降りるときに)、何が(足が)、どういうふうになって(滑って転び)、どこを(額を)、どうした(負傷した)」というように、詳しく記載して下さい。

平成 年 月 日提出

届出者 千

住 所

氏 名

電話番号( ) ー

セディナ健康保険組合  
理事長

様