

受付年月日	本 部	支 部	出張所

記号		番号		枝番	負傷者の氏名・生年月日		
93-					(フリガナ)		
					昭・平・令 年 月 日		
負傷日時		令和 年 月 日 (曜日)			午前 午後 時頃		
負傷場所		1. 自宅 2. 職場 (現場) 3. 学校 4. 公園 5. その他 ()					
医療機関名							
負傷部位・傷病名							
負傷区分		1. 仕事 (業務中・通勤中・休憩中) 2. 休日 3. 学校 (授業中・部活動・登下校・休み時間) 4. その他 ()					
負傷原因		1. 自損事故 (自動車・バイク・自転車) 2. 転倒などの事故 3. 成長・加齢などの自然発症 4. 既往症の悪化 5. 運動中の事故等 6. その他 ()					
負傷状況							
申請予定		高額療養費・入院給付金・補装具・限度額認定証・その他 ()					
業務災害時の事業主労災保険特別加入				有 ・ 無			
上記の通り届出いたします。 全国建設工事業国民健康保険組合 理事長 殿 組合員住所 組合員氏名							
令和 年 月 日							

※事故等で相手がいる場合には「第三者行為による負傷届」を提出してください