

瀬戸市国民健康保険 負傷原因届

保険証記号番号		世帯主氏名	
住所			
負傷した方の氏名		世帯主との続柄	生年月日
主な受診医療機関		診療年月日	
負傷日時	(令和) 年 月 日 (午前・午後 時 頃)		
負傷した日は	<input type="checkbox"/> 休日(定休日や休暇を含む) <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> その他()		
負傷した時間帯は	<input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 出退勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他()		
負傷した場所は	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> その他()		
負傷した原因であてはまるもの	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 上記のいずれにもあてはまらない		
	負傷について、相手はいますか。 <input type="checkbox"/> 相手はいない <input type="checkbox"/> 相手がいる→ <input type="checkbox"/> 相手の連絡先を把握している <input type="checkbox"/> 相手の連絡先不明		
負傷したときの状況をなるべく詳しくご記入ください	例：乗用車を運転していて、停止中に後方から別のトラックに追突されて首を負傷した。 自宅で飼っている犬に右親指を噛まれて負傷した。 棚の上から荷物を降ろそうと踏み台に乗っていたが、バランスを崩し転倒し、右足首を負傷した。		
治療の状況は	<input type="checkbox"/> 完治(令和 年 月頃) <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 後遺症あり(症状固定)		

※枠線内の該当箇所の記載・□にチェック(レ)をしてください。

負傷の原因について、上記のとおり届出します。 記 入 日 令和 年 月 日 記 入 者 _____ 世帯主との続柄： 電 話 番 号 _____ - _____
