

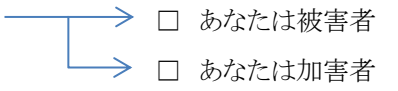
負傷原因届

- ◎ この書類は負傷(骨折、脱臼等)により保険証を使用して医療機関を受診した場合にご提出ください。
- ◎ この書類の提出がない場合は、健保組合より後日、照会文書を送付いたします。

セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 行

令和 年 月 日

被 保 険 者 に つ い て	記号一番号	—	所属事業所 (会社名)	
	氏名	[生年月日: 昭・平 年 月 日]	店部名 (店部コード)	()
	住所	〒 —	(電話)	— —

負 傷 原 因 に つ い て	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名: 続柄:)		
	負傷した方が被扶養者の場合	<input type="checkbox"/> 正社員、契約社員、パート、アルバイト等 <input type="checkbox"/> 無職		
	傷病名	※右足親指骨折 etc... 部位を含めご記入ください		
	負傷日時	令和 年 月 日 午前・午後 時頃		
	負傷した時間帯の状況	<input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出社 <input type="checkbox"/> 退社 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有 <input type="checkbox"/> 寄り道等無 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 副業先に関連 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴行 <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"/> あてはまらない		
	上記にあてはまる原因がある場合の相手の有無等	相手: <input type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無 <p>※相手がいる交通事故の場合は「第三者行為による傷病届」が必要です。 この場合は健保組合へ一度ご連絡ください。</p>		
	負傷した時の状況を具体的に ご記入ください。			
	保険診療を受けた医療機関	名称		初診
			現在治療中・治癒・転院	
	名称		初診	令和 年 月 日
			現在治療中・治癒・転院	
負傷した日と初診日が違う 場合はその理由を記入				