負　傷　原　因　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　証  記　号・番　号 | ・ | 事業所名称  及び所在地 |  |
| 負　傷　者　名  （続　柄） | （　　　　） | |  |
| 負　傷　年　月　日  及　び　時 刻 | 年　　月　　日　　午前  午後　　　　　時　　　　分頃 | | |
| 負　傷　場　所  何処でけがをしたか地名等詳細に記入して下さい |  | | |
| 用　　務  何の目的で何処に行く途上の負傷か、又何をしていてどうして起こったか |  | | |

上 記 の 通 り 相 違 あ り ま せ ん

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　被保険者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自署の場合は押印を省略できます。

イノアック健康保険組合理事長殿