

業務上・通勤途上の場合は労災の確認をしてください。申請が必要な場合があります。

負 傷 原 因 報 告 書

被保険者記号番号	99999999 000	被保険者 氏 名	健保 一郎	
事業所名	(株) けんぽ商事	所在地	神戸市中央区御幸通6-1-12	
傷病名	両下肢骨折	就業時間	AM 9 時 00 分から PM 5 時 00 分まで	
被扶養者が負傷したとき	氏名	健保 春子	被保険者との続柄	妻

負傷の原因	<input type="radio"/> いつ(平成 20 年 1 月 1 日(火曜)) <input checked="" type="radio"/> 午前 6 時 15 分頃 午後
	<input type="radio"/> その日は 勤務日 <input checked="" type="radio"/> 公休日 会社の休日 私有で休み <input type="radio"/> どこで(場所) 神戸市中央区港島中町4丁目4-4
詳細に記述すること	<input type="radio"/> なにをしているときですか ※具体的にご記入ください。 (なにをしに行くときですか) 買い物
	<input type="radio"/> パート・バイト中の場合 ※被扶養者が勤務しているときはご記入ください。 勤務先名称 勤務先住所 (TEL - -)
	<input type="radio"/> 出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し通勤経路及び負傷場所を記入してください。
	<input type="radio"/> 次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。 1. 職務中に生じた 2. パート・バイト中に生じた <input checked="" type="radio"/> 3. 私用中に生じた 4. 事業所内で生じた 5. 事業所内で休憩中に生じた 6. 出勤の途中 7. 退社して帰宅中 8. 自宅において 9. 会社主催の体育祭等において
	<input type="radio"/> 他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の 住所 尼崎市東難波町9-9-999 氏名 協会 太郎 (TEL 06 - 6666 - 9999)

上記のとおり相違ありません

平成 20年 2月 4日

被保険者の住所 神戸市 中央区 ▲▲▲町 9-9-9
氏名 健保 一郎 印