

見本

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) ○○食品	所在地	奈良市×××町1-1-1-111	
職種	事務	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

(詳細に記述してください)

いつ(平成 20 年 1 月 1 日 (火曜) 午前 6 時 15 分頃)

その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み

どこで(場所)

奈良市大宮町4丁目4-4

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) 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。

買い物

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 - -)

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。

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 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

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 檀原市□□□町 9-9-999

氏名 協会 太郎 (TEL 0744-11-1111)

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 奈良市 ▲▲▲町 9-9-9

氏名 健保 一郎



見本

念 書

交通事故以外の場合に使用する書類

平成 年 月 日 (相手方氏名) の行為に

より (受診者氏名) の被った保険事故について、健康保

険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求

権を健康保険法第57条第1項の規定によって全国健康保険協会 奈良 支部

が保険給付の価額の限度において取得行使し、賠償金を受領されることに異議

のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは、受領印、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

平成 年 月 日

被保険者

住 所

氏 名

㊞

全国健康保険協会 奈良 支部長 殿