ロジスティード健康保険組合　御中

負 傷 原 因 届

【注意事項】

・負傷した原因、経緯について、実態に即して起こったことをあるがまま詳細に記入して下さい。
・項目③について、学校関係で負傷の方は、必ず、学校等の関係機関に確認をして回答下さい。
・回答内容より、負傷状況等が詳細に確認出来ない場合には再度記入を依頼する場合があります。

記入日　　年　　月　　日

記号		被保険者氏名	
番号		受診者氏名	
傷病名			
医療機関情報	名称		
	所在地		
負傷年月日	令和　　年　　月　　日　　時頃		

①～⑥について、 ✔ 及び 記入してください。

負傷の原因及び状況	①誰の行為で負傷しましたか	□　受診者のみの行為 □　相手方、または関わった人物がいる
	②治療費の支払方法	□　自費（10割負担） □　健康保険使用 □　相手方が支払った、又は支払う予定
	③どの状況で負傷しましたか	□　私用時の負傷 □　業務上の負傷 □　通勤途中の負傷 □　学校内、学校関連行事、部活動中の負傷 →学校等の場合、日本スポーツ振興センターを利用できますか（　□ はい ・ □ いいえ　） →「いいえ」の場合は理由を詳細に記入してください （　　）
	④何をしている時に負傷しましたか 移動中の場合は目的地や状況を詳細に記入して下さい	
	⑤どこで負傷しましたか 場所を詳細に記入して下さい	
	⑥実際に負傷した状況を詳細に記入して下さい	