

負傷原因回答書

□にはチェックをいれてください

被保険者証の 記号番号	—	被保険者の氏名	
負傷した方の氏名			
負傷日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 頃		
負傷場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 私用外出中 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 勤務中(会社内) <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中(会社内) <input type="checkbox"/> 勤務日の出張中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中(会社外) <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道あり <input type="checkbox"/> 寄り道なし) <input type="checkbox"/> その他 () <small>※勤務中(会社内)・勤務日の出張中・通勤途中(寄り道なし)に<input checked="" type="checkbox"/>チェックを入れた場合は、労災保険が適用になり健康保険が使用出来ない場合がありますので、会社のご担当者にご相談ください。また労災不該当の場合はその理由を負傷した時の状況と併せて下記にご記入ください。</small>		
相手のいるケガですか (第三者行為による負傷)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → この「負傷原因回答書」ではなく「第三者行為による傷病届」の提出が必要ですので健康保険組合までご連絡ください。		
診療を受けた 医療機関名			
治療経過	令和 年 月 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
治療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
負傷した時の状況を詳しくご記入ください(何をしている時に、どのようにして負傷したのか具体的に)			
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----			
記入不要	・傷病手当金 No.	・療養費 No.	・高額療養費/付加給付金 No.

令和 年 月 日付で、照会を受けたことについては、上記のとおり相違ありません。

FAX または 郵送 でご回答ください

〔 F A X 〕 03-3624-7407

〔 T E L 〕 03-3624-7422

〔 住 所 〕 〒130-0005 東京都墨田区東駒形1-16-1 パッケージ工業健康保険組合

【個人情報の取り扱いに関する事項】

私は下記の(利用目的)を確認し、必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供及び登録を行うことに同意します。

【利用目的】

パッケージ工業健康保険組合は、入手した個人情報は給付金の支払い及び医療機関での適正な受診の確認のために組合内部でのみ使用し、第三者には提供いたしません。

パッケージ工業健康保険組合