

様

関東信用組合連合健康保険組合

健康保険被保険者・被扶養者の負傷原因照会について

様が令和 年 月 (傷病名) (医療機関名) で にて
 受診していますが、保険給付について必要がありますので、その負傷原因等につき下記事項に
 ご記入のうえ健康保険組合まで至急ご回報願います。

記

記号・番号	・	氏名	㊟
住所	〒		
事業所名		受診者名	
回 答 事 項			
1.負傷の日時	令和 年 月 日 AM・PM 時 分頃		
2.負傷の場所			
3.何のために(目的)、どのようなことをしていた時の負傷ですか?原因と事情を詳しく記入してください。			
4.自動車その他加害者による負傷の場合は、現場の略図を記入してください(この欄で書き足りない場合は別の便箋に記入して添付してください)			