

※この欄は該当するものに支部でチェックをして下さい。

ハガキ紛失分		本人届出	
傷病手当添付		療養費添付	
高額添付		償還	

負 傷 届

被保険者番号		被保険者氏名		本人・家族	
医療機関名			傷病名		
診療開始日	平成・令和	年 月 日			
負傷日時	平成・令和	年 月 日	午前	午後	時
	通勤途上 勤務中 休憩時間中 休日 その他()				
負傷原因	①				
①行動目的					
②負傷場所	②				
③負傷状況	③				
(くわしく)					
相手の有無	有 (下記注意書き参照) ・ 無				
<p>上記の通りお届けします。</p> <p style="text-align: center;">岡山県建設国民健康保険組合 殿</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員住所</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名 ㊟</p>					

《注意》 負傷が第三者の行為（交通事故・けんか等）によるものは、別に『第三者による負傷届』を添付して下さい。