

# 負傷届

常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者

事業所名						課長
被保険者証の 記号・番号	記号		番号			
被保険者氏名		生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日			係長
被扶養者の ときの氏名		続柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
負傷発生日時 と勤務状況	令和 年 月 日 午前 時 分頃 午後 通勤途中 勤務中 勤務後 休み					係員
負傷発生場所						
受傷者の職種名						
診療を受けた医師 その他の者の 住所と氏名						
傷病名		初診年月日	平成・令和 年 月 日			
負傷時の状況 ※何の目的で何をし ていて、どのよう になった等を詳細に 記入してください ※略図もご記入くださ い						
上記のとおり届出いたします。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 小田急グループ健康保険組合理事長 殿						印

受付日付印