

- 療養費
- 高額療養費・付加給付金
- 傷病手当金
- 健保連高額

## 負傷の原因について(回答書)

被 保 険 者	記号		番号		氏名		
	事業所名						
	自宅住所	〒 ー					
	電話番号	自宅 会社 携帯	ー		ー (日中の連絡先)		
受診者	氏名			続柄			
傷病名							

次の1. 2. のいずれかに○を付けて、該当する質問にお答えください。

1. 上記傷病名は外傷(けが)によるものである。 (以下のすべての質問にお答えください)	2. 上記傷病名は外傷(けが)によるものではない。 (傷病の原因について、以下の「傷病の原因」欄に できるだけ詳しくご記入ください。)
負傷年月日	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 頃
当日の勤務等	出勤日( 時 分 ~ 時 分まで)・休日・該当しない
場所	自宅・会社内・通勤経路・社用出張中・乗り物の中・通学経路 学校内・幼稚園内・保育園内・その他( )
状況	勤務時間中・社用出張中・会社のイベント活動中・会社のクラブ活動中 通勤途上・車運転中・車同乗中・バイク運転中・通学途上・学校のクラブ活動中 趣味のスポーツ活動中・その他( )
傷病の原因 状況を詳しく記入してください	どんな用事をしている時に
	どうしていて
	どういうふうになって
	体のどこを
	どのように痛めたか
相手(第三者)によるものですか?	1. いいえ 2. はい(相手判明) 3. はい(相手不明)
相手に治療費等の請求をしましたか?	請求した・請求していない
上記請求をした場合、記入してください。	住所 連絡先(TEL) 氏名
受診医療機関名	①
	②
	③

\* 黒のペンまたはボールペンで、ご記入ください。