

保険給付金に関する負傷原因理由書

令和 年 月 日

神奈川運輸業健康保険組合 殿

記号		番号	
被保険者	住所	〒 -	
	氏名		
	電話		

受診者氏名		続柄		傷病名	
医療機関名1				医療機関名2	
負傷又は発病の年月日・時刻	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃
最初に診療を受けた年月日・時刻	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃
治療費の支払方法	<input type="checkbox"/> 健康保険扱い <input type="checkbox"/> 自費扱い <input type="checkbox"/> 相手払い <input type="checkbox"/> その他(

負傷の原因及び発生状況

--

上記の記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日

所在地	〒 -
事業所名	
事業主名	
電話番号	

※記入上の注意事項をよく読み、正確かつ詳細に事実を記入してください。

