常務理事	事務長	扱　者

令和　　年　　整理番号第　　号

負傷原因届（　　月受診分）

受診者氏名	様	生年月日 昭和 平成　令和　　年　　月　　日	被保険者記号 番　　号	
傷　病　名				
受　診　日	令和　　年　　月　　日(　　曜日)　入院(　　日間)・通院(　　日間)			
受診した病院				
負傷した日時	平成 令和　　年　　月　　日(　　曜日)　午前・午後　　時　　分頃			
負傷した場所	※住所などをご記入ください			
負傷した時の状況を詳しく記入して下さい。	※「いつ」、「どこで」、「何をしているときに」、「どうしてなったか」			
負傷はどのような時に起こったのか。	（当てはまるものを〇で囲んで下さい。） ・通勤、帰宅途中　・業務についている時　・業務についていないとき ・その他（　　）			
現在の仕事の内容(職業等)				

上記のことは事実であることをお届けします。

令和　　年　　月　　日

被保険者住所

被保険者氏名

神奈川県管工事業健康保険組合
理　事　長　殿　　電 話 番 号