

平成 年 月 日

東日本プラスチック健康保険組合 殿

住所 〒

被保険者氏名

⑩

(受診者名)

傷病原因について

平成 年 月 日付で照会のありましたことについて、次のとおり回答します。

記号 保険証 番号	事業所名
負傷の日時	平成 年 月 日(曜日) 午前 時 分(頃) 午後
負傷の場所 (どこで)	付近
負傷したときの 状況	1. 出勤途中 2. 勤務中 3. 勤務日の休憩中 4. 退勤途中 5. 出張中 6. その他()
負傷の原因 (何をしているとき どのようにして負 傷しましたか。わ かりやすく記入し てください。)	
治療期間	1. 平成 年 月 日まで 2. 現在も治療中 3. 転医
他人の行為で負 傷したときは、そ の人の氏名	第三者行為による傷病届を 健保組合に提出しましたか。 1. 提出済 2. 未提出

※ 第三者の行為による負傷で「傷病届」を未提出の場合は至急、業務管理課までご連絡ください。

負傷日勤務時間	午前 時 分 から 午前 時 分 まで 午後 午後
あなたの 仕事内容	工場または、支店名 勤務先の電話番号
通常の通勤経路 及びその方法	(自宅) (勤務先) (時間 分)

※ 勤務していた日の負傷の場合は上記の太枠内も必ずご記入ください。