

負傷届

届出日 令和 年 月 日

負傷者	被保険者等	記号 番号	被保険者 (本人)氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
	現住所	〒 - 電話 :			
	勤務先名称				
	勤務先所在地	〒 - 電話 :			
	被扶養者が負傷の場合に記入	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	続柄
負傷の状況	負傷の日時	平成・令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃			
	負傷の場所	都・道・府・県 市・区・郡 町・村付近 (施設内であれば施設名 :)			
	1) 何の用事で	(負傷現場の見取り図)			
	2) どうしている時に				
	3) 何がどうなって				
	4) どこをどうした				
その他参考になること					
警察への届出	届出済・届出無し ↳ (警察署 派出所)		事故証明の有無	有・無	
療養の状況	1	医療機関	名称		
			所在地	電話	
		支払方法	自費・健康保険・その他 ()		
		入院・治療期間	入院: 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
			通院: 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
	2	医療機関	名称		
		所在地	電話		
		支払方法	自費・健康保険・その他 ()		
		入院・治療期間	入院: 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
		通院: 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
	現在の状況	入院中・通院加療中・治癒・中止・その他 ()			

※消せるボールペン使用不可です

LIXIL健康保険組合

負傷届

届出日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

負傷者	被保険者等	記号 番号	131 〇〇〇〇〇	被保険者 (本人)氏名	健保 太郎		
	生年月日	昭和・平成 ** 年 ** 月 ** 日 (** 歳)					
	現住所	〒***-**** 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇 電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					
	勤務先名称	株式会社LIXIL					
	勤務先所在地	〒136 - 8535 東京都江東区大島2-1-1 電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					
負傷の状況	被扶養者が負傷の場合に記入	氏名				続柄	
	負傷の日時	平成・令和 ** 年 ** 月 ** 日 (〇 曜日) 午前・午後 〇〇 時 〇〇 分頃					
	負傷の場所	東京都・道・府・県 江東 市・区・郡 〇〇〇 町・村付近 (施設内であれば施設名：)					
	1) 何の用事で	(負傷現場の見取り図)					
2) どうしている時に							
3) 何がどうなって							
4) どこをどうした							
その他参考になること							
警察への届出	届出済	届出無し	警察署 (派出所)		事故証明の有無	有・無	
療養の状況	1	医療機関	名称	〇〇総合病院			
		所在地	東京都墨田区錦糸〇-〇-〇 電話				
	支払方法	自費・健康保険・その他 ()					
	入院・治療期間	入院：平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日	通院：平成・令和 ** 年 ** 月 ** 日 ~ 平成・令和 ** 年 ** 月 ** 日				
	2	医療機関	名称				
所在地					電話		
支払方法	自費・健康保険・その他 ()						
入院・治療期間	入院：平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日	通院：平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日					
現在の状況	入院中 通院加療中・治癒・中止・その他 ()						