

負 傷 届

記号番号	被保険者名	負傷者名	続柄	事業所名称
—				
負 傷 の 原 因				
負傷の年月日	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
負傷をした場所				
負 傷 状 況 (当時の用件、その他 を具体的に、詳しく 記入してください)				
	<input type="checkbox"/> 交通事故などの第三者行為による負傷で <input type="checkbox"/> 勤務中の負傷で <input type="checkbox"/> 通勤途上または通勤帰りで <input type="checkbox"/> その他参考事項について <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>		・ある ・ある ・ある	・ない ・ない ・ない
住 所 被保険者 氏 名 ㊟				
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 事業所所在地 名 称 事 業 主 ㊟				