

	常務理事	事務長	課長	係長	係
伺					

令和 年 月 日

埼玉県建設業健康保険組合 様

住 所

被保険者名

受診者名

電話番号 TEL

受診者の職業 有(職種) 無

傷 病 原 因 届

被保険者証の記号・番号	事業所名称 事業主氏名 電話番号 TEL		
①負傷又は発病の年月日 と時刻	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	⑦普段の通勤 方法	徒歩・自転車・自動車・バス・ 電車・その他()
②傷病発生時の状況 (いずれかに○)	自宅・勤務地・路上・外出先	⑧傷病発生時ま での通勤経路と 発生場所。 なお、普段と異 なる通勤経路を 利用した場合 は、普段の通勤 経路も記載して ください。	(略図)
③傷病発生時の行動 (いずれかに○)	私用(休暇休日等)・出勤前 帰宅後・勤務中 休憩中・通勤途中		
「勤務中・休憩中」の場合は「④⑤」、「通勤途中」の場 合は、「④～⑨」も記入してください。			
④当日の就業予定時刻	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
⑤傷病発生の日に住居を 離れた時刻	午前・午後 時 分頃		(通常の通勤所要時間 時間 分)
⑥(帰宅途中に負傷した場合) 傷病発生の日に就業場所 を離れた時刻	午前・午後 時 分頃	⑨傷病発生当日 の通勤方法	⑦と同じ ⑦と異なる(徒歩・自転車・自動車・ バス・電車・その他())

傷病発生時の具体的な 状況(何をしているときに どのような状態で発症し たか)	
--	--

担 当 医	病院名	所在地(市区町村)	診療期間(概略)	治療状況
				年 月 日～
			年 月 日～	治療中・終了

第三者行為で (交通事故も 含む)被害者 のときは、この 欄にも記入し て下さい。	加害者の 氏 名	
	住 所	
	電 話 TEL	
	示談の状況	有 ・ 無 (平成 年 月 日示談成立)