

傷病発生原因の調査について（回答）

No. _____

照会の件について、下記の通り回答します。

令和 年 月 日

(報告者) 組合員住所 _____
氏名 _____ (印)

大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿 Tel ()

被保険者番号 枝番		氏名	
負傷原因 (1, 2, 3で該当するものを○で囲んで下さい また3の()内へは簡潔に記入を)	1. 交通事故である { a. 相手のある事故「人身・物件事故」 <別紙「報告書」も提出して下さい> b. 相手のない事故「単独事故」 ※2. 業務上災害である { a. 職場での負傷(事故)、出前・配達中の負傷(事故) ※下段にも署名・捺印をお願いします。 b. 通勤途上の負傷(事故)「出勤・帰宅途上」 3. 上記1及び2以外 { 自己転倒 ・ スポーツ ・ 病的 (該当するものがない場合 その他()内へ原因を 記入して下さい) { その他() けんか ・ 自殺未遂(自傷行為)		
	いつ [負傷(事故)日時] (時間帯)	年 月 日 (曜日) 午前 時 分頃 午後 時 分頃 <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()
どこで [負傷(事故)場所]	() から () へ行く途中 <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		
なんのために (目的) なにをされていて (原因) どうなったか (内容)			

* 「2. 業務上災害の場合には、下段（事業主証明欄）にも記入・捺印をお願いします。」

上記のとおり 相違ありません

令和 年 月 日

いずれかを○で囲んで下さい

事業主証明欄	被災者が 従業員の場合 労災保険(労災) に <input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 未加入 である。 事業主(役員)の場合 労災特別加入
	事業所 所在地 _____
	(店舗) 名称 _____
	電話番号 _____
	代表者 氏名 _____ (印)