

記入方法

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

組合員住所
（報告者） 氏名 食品 太郎



大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿 TEL 06 (6251) 5211

被保険者番号 枝番	188010010001 01	氏名	食品 花子
負傷原因	<p>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」</p> <p>※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」</p> <p>3. 上記1及び2以外 { 自己転倒 ・ スポーツ ・ 病的 その他 () { 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 } けんか ・ 自殺未遂 (自傷行為)</p>		
いつ [負傷(事故)日時] (時間帯)	令和 ○ 年 △ 月 □ 日 (● 曜日) 午前 午後 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" 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]	心斎橋筋 (お店) から (得意先) へ行く途中 <input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()	
なぜのために (目的) なにを (原因) どうなったか (内容)	配達の為に自転車を走行中に風にあおられ転倒し負傷する。		

* 「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 加入済 である。
 事業主(役員)の場合 労災特別加入 未加入

事業所 所在地 大阪府中央区東心斎橋1-1-10

(店舗) 名称 大阪府食品国民健康保険組合

電話番号 06-6251-5211

代表者 氏名 大食品 太郎

