

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

受診者 氏名 ① 山口 太郎 記号・番号 ② 1234 - 12345678

傷 病 名 ③ *****

傷病原因の照会について（回答）

④ 1. ケガ（負傷）をした日時 ***年**月**日（出勤日・公休日）

午前・午後 **時**分頃

※ 出勤日の場合 当日の勤務時間（午前・午後 時 分から 時 分）

⑤ 2. ケガ（負傷）をした時はどの時間帯でしたか。

勤務時間中※ 出張中※ 私用 その他（ ）

通勤中（出勤・退勤）… 寄り道（あり・なし）※

寄り道ありのとき…場所（ ）通勤経路へ戻るまでの時間（ ）
目的（ ）

⑥ 3. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。

会社内 道路上 自宅 その他（ ）

⑦ 4. ケガ（負傷）をした原因は下記に該当するものがありますか。

交通事故(相手：有・無) 暴力 動物による負傷(飼い主：有・無)

スポーツ中（職場の行事・職場の行事以外） 該当する項目無し

⑧ 5. ケガ（負傷）をしたときの状況について具体的に記入して下さい。

以上のとおり回答いたします。

⑨ 被保険者名 山口 太郎

⑩ 連絡先 090-****-**** (携帯・自宅・会社)

事業所記入欄(上記2で※の時間帯での負傷と回答があった場合のみ)

上記回答内容を（本人・労基署）確認したところ、労災保険に（該当・不該当）と
思われます。

⑪ 事業所名 _____ 印

⑫ 事業所担当者名・連絡先（ _____ ）

- ① Patient's Name
- ② Health Insurance Card Symbol / Number
- ③ Name of Illness or Injury
- ④ Date and Time of Injury
- ⑤ Time zone of Injury
- ⑥ Place of Injury
- ⑦ Cause of Injury
- ⑧ Situation the accident generated (in detail)
- ⑨ Name of Insured Person
- ⑩ Telephone Number
- ⑪ Business Entity / Seal or Signature
- ⑫ Person-in-charge Name and Telephone Number