

受診者 氏名 **John Smith** 記号・番号 **1234** — **12345678**
 Name of Patient Symbol / Number of Insured person, etc
 傷 病 名 * * * * *
 Name of Illness or Injury

傷病原因の照会について（回答）

Inquiry Regarding Cause of Illness or Injury (Reply)

1. ケガ（負傷）をした日時 * * 年 * * 月 * * 日（出勤日・公休日）
 Date and Time of Injury * * YYYY * * MM * * DD (Work day/Non-work day)

午前・午後 * * 時 * * 分頃

Around **: ** a.m./p.m.

※ 出勤日の場合 当日の勤務時間（午前・午後 時 分から 時 分）
 *If work day, working hours for that day (From : a.m./p.m. to : a.m./p.m.)

2. ケガ（負傷）をした時はどの時間帯でしたか。

During which time period did the injury occur?

- ☐ 勤務時間中※ ☐ 出張中※ ☒ 私用 ☐ その他（ ）
☐ During work hours* ☐ During business trip* ☒ Personal business ☐ Other（ ）
☐ 通勤中（出勤・退勤）… 寄り道（あり・なし）※
☐ During Commute (To Work/From Work)...Deviation from Route (Yes/No)*
 寄り道ありのとき…If Yes 場所 Location（ ）
 通勤経路へ戻るまでの時間 Time until Return to Commute Route（ ）
 目的 Purpose（ ）

3. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。

Where did the injury occur?

- ☐ 会社内 ☒ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他（ ）
☐ Within company ☒ On street ☐ At home ☐ Other（ ）

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。

Does the cause of injury fall under any of the following categories?

- ☒ 交通事故(相手：有・無) ☐ 暴力 ☐ 動物による負傷(飼い主：有・無)
☒ Traffic accident (Other party involved: Yes/No) ☐ Violence ☐ Animal-related injury (Owner: Yes/No)
☐ 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
☐ During sports (Company event/Non-company event) ☐ None applicable

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ください。

Please provide specific details about the circumstances of the injury.

以上のとおり回答いたします。 I hereby confirm the above reply.

被保険者名 John Smith

Name of Insured Person

連絡先 090-****-**** (携帯・自宅・会社)

Telephone Number (Mobile/Home/Company)

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)

For Establishment Use (Only if injury occurred during time periods marked with * in Section 2 above)

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。

Upon verification of the above response with (Insured Person/Labour Standards Inspection Office), it appears (Applicable/Not Applicable) to Workers' Accident Compensation Insurance.

事業所名 _____

Business Entity Name

事業所担当者名・連絡先(_____)

Name and Telephone Number of Person in Charge at Establishment (_____)