

被保険者等 記号 : 番号 : 受診者氏名

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。

傷病名

傷病原因の照会について (回答)

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)

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( )

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( )

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

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。

Four horizontal lines for detailed description of the injury situation.

以上のとおり回答いたします。

被保険者名

連絡先 - - (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。

事業所名

事業所担当者名・連絡先 ( )