

傷 病 原 因 届

川崎重工業健康保険組合理事長 殿

整理番号

平成 年 月 日

下記のとおりお届けいたします。

被保険者証 記号番号	所属		被保険者	住所	郵便番号 ー	
ー	直通電話番号 ー ー (社内内線) 7 ー ー			氏名	印	
受診者	氏名			自宅電話番号	ー ー	
	区分	続柄	パート勤務の有・無			
	生年月日	M. T .S .H.	年	月	日生	
傷病名	初診：		いつ	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
受診した医療機関名			どこで	だれが、だれと、なにをしようとしていたとき、どうして、どうなったか等を詳しく記入してください。		
第三者(相手方)の住所・氏名(不明のときはその旨記入してください)						
氏名						
住所	郵便番号 ー					
自宅電話番号	ー ー					
勤務先						
勤務先電話番号	ー ー					
			現状	1 すでに治療完了(年 月 日) 2 他の医療機関()から転医 3 現在も引き続き治療中である		
			すでに届出済み(年 月 日)			

1. 第三者の行為による負傷または疾病のため、健康保険の給付を受ける場合は直ちに健康保険組合に届出してください。
2. 『個人情報の取扱いについて』「傷病原因届」にかかる個人情報は、当組合のプライバシーポリシーにもとづき目的以外の利用を行うことは一切ありません。また、廃棄するときは溶融処理をしていますのでご安心ください。