

東京都電気工事健康保険組合御中

被保険者証 記号 _____ 番号 _____

あなたの住所 _____

氏 名 _____ (印) TEL _____

勤務地所在地 _____

名 称 _____

TEL _____

負傷原因などについて(回答)

1.負傷年月日と時刻
平成 年 月 日 午前・午後 時 分ころ

2.どこで負傷しましたか(○をつける)
路上 (市(郡) 町 番地)
自宅・事業所・その他 ()

3.何を(目的)しようとしていた時、どうなったのですか。
交通事故などの場合、どこからどこへ、何をしに行こうとした時に、どうなったのですか。

4.事故(負傷)の原因と自分の会社における仕事の関係は(○をつける)

(1) ある (2) ない (3) 不明

5.通勤(出勤または退社)途中の負傷ですか(○をつける)

(1) ある (2) ない (3) 不明

6.負傷した日は(○をつけた上、その内容を記入)

(1) 勤務した 午前・午後 時 分から
午前・午後 時 分まで

(2) 勤務しない 休日・休暇 ・ その他 ()

7.勤務先での仕事の内容(職種) _____

8.治療を受けた時期 年 月 日から 年 月 日まで

※自損事故等の場合は、免許証、交通事故証明の写しを添付してください

※ご記入の際は ボールペン をお願いします