

東京都電気工事健康保険組合御中

被保険者証 記号 _____ 番号 _____

住所 _____

被保険者名 _____ ⑨ TEL _____

受診者氏名 _____ TEL _____

続柄 _____

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・その他()

3.何を(目的)しようとしていたとき、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ていたときに、
どうなったのですか。

4.治療を受けた時期 年 月 日から 年 月 日まで

5.パートまたはアルバイトをしていますか。
(1) はい (2) いいえ

5番で(1)はいと回答された方は、6番以降もご回答ください。

6.事故(負傷)の原因と負傷者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

7.通勤(通勤又は退社)途中の負傷ですか(○をつける)
(1) ある (2) ない (3) 不明

8.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()

9.勤務先での仕事の内容(職種) _____

※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 でお願ひします