別添②

●第1回目の請求(外傷性のケガの場合のみ)に併せて提出してください

令和　　年　　月　　日

エイベックス・グループ健康保険組合 理事長　殿

傷病手当金請求に伴う負傷原因届

◆負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェックをしてください。)

①	ケガ(負傷)をした日時	令和　　年　　月　　日(　　曜日) □ 午前(　　時頃)　・　□ 午後(　　時頃)
②	ケガ(負傷)をした日について 該当する項目を選んでください。	□ 出勤日　□ 休日(定休日、休暇含む) □ その他(　　)
③	ケガ(負傷)をした時間帯について お答えください。	□ 勤務時間中　□ 通勤途中(　□ 出勤 ・ □ 退勤　) □ 出張中　□ 私用　□ その他(　　)
④	ケガ(負傷)をした場所について お答えください。	□ 会社内　□ 道路上　□ 自宅 □ その他(　　)
⑤	ケガをした原因が右記に該当する 場合にお答えください。	□ 交通事故　□ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中(　□ 職場の行事 ・ □ 職場の行事以外　) □ 動物による負傷(　飼い主:□ 有　□ 無　) □ あてはまらない
⑥	⑤にあてはまる原因がある場合 右記の内容にお答えください。	※⑤の原因が生じた際の**<u>あなた以外の関係者の有無</u>**についてお答えください。 □ 有 ⇒ { □ あなたは加害者 / □ あなたは被害者 } □ 無
⑦	診療を受けた医療機関名と その期間等を記入してください。	医療機関名(　　) 令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月【 □ 治癒 ・ □ 治療中 】
		医療機関名(　　) 令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月【 □ 治癒 ・ □ 治療中 】
⑧	負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。	

傷病手当金の請求をする状況は上記のとおりです。(令和　　年　　月　　日 現在)

住　所

記　号　　番　号

氏　名

※本紙に記載された個人情報は、傷病手当金を支給決定する目的にのみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。