

●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

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	<input type="checkbox"/> 午前(年 月 日 (曜日) 時頃) ・ <input type="checkbox"/> 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下さい。	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日、休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()
③	ケガ(負傷)をした時間帯についてお答え下さい。	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()
④	ケガ(負傷)をした場所についてお答え下さい。	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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下さい。	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 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下さい。	※⑤の原因が生じた際のあなた以外の関係者の有無についてお答えください。 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ { <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 } <input type="checkbox"/> 無
⑦	診療を受けた医療機関名とその期間等を入力して下さい。	医療機関名 () 年 月 ~ 年 月 【 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中 】
		医療機関名 () 年 月 ~ 年 月 【 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 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。(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、傷病手当金を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。