常務理事	事務長		担当

負　傷　原　因　届

※被扶養者が負傷した場合には↓の枠内もご記入ください

被保険者について	記号 － 番号	□□□－□□□□		
	フリガナ		フリガナ	続柄
	氏　　名		被扶養者氏名	
	生年月日	昭和 平成　年　月　日 生	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生
	住　　所	〒　－　　☎　（　）		

負傷による事実関係について	負傷した日時は	令和　年　月　日（　曜日）　□午前　□午後　時　分
	負傷した日は	□出勤日　□休日（定休日・休暇含む）　□その他（　）
	負傷した時間帯は	□出勤途中　□勤務時間中　□勤務日の休憩・食事中　□社用外出中　□私用 □退勤途中（□自宅直行　□寄り道【買い物・食事等】）　□その他（　）
	負傷した場所	□勤務地　□自宅　□その他（　）
	負傷した時の状況を具体的に記載してください。	1）何の用事で 2）どうしている時に 3）何がどうなって 4）どこをどうした
	負傷をした原因であてはまるもの	□交通事故（事故証明　有・無　）　□暴力（ケンカ等） ↳警察署への届出は済んでいますか　□はい（　警察署）　□いいえ □スポーツ中（□職場行事　□職場行事以外）　□その他（　）
	負傷者が被扶養者の場合その職業	□パート・アルバイト等　□児童・学生・生徒等　□無職　□その他

負傷傷病名	①	受診医療機関名
	②	所在地
	③	診療期間　令和　年　月　日 ～　年　月　日
	④	受診医療機関名
	⑤	所在地
	⑥	診療期間：令和　年　月　日 ～　年　月　日

トータルビューティー健康保険組合

※負傷者が学生で、学校内での負傷（クラブ活動中等）の場合は、学校の保険（日本スポーツ振興センター）へ申請しますか。

〔 申請する　・　申請しない 〕

※枠線内の該当箇所の記載・☑をして下さい。

※負傷原因が第三者の行為によるものである場合、「第三者行為による負傷疾病の届」「念書」「交通事故証明書」等が必要となります。（ご連絡ください）

上記のとおり、相違ありません　　受　付　印

令和　年　月　日

届出者氏名　　㊞