

\_\_\_\_\_  
殿  
\_\_\_\_\_  
様について

年 月 日  
油研健康保険組合

## 傷病の原因についてのお尋ね

あなたは、年 月 日から \_\_\_\_\_ の傷病で、  
\_\_\_\_\_ 病(医)院にて健康保険の診療を受けていますが、  
負傷原因・状況などを承知したいので下記に記入の上折りかえしご回答下さい。

内 容	回 答
いつ怪我をしましたか	年 月 日 午前 時 分 (頃) 午後
どこで怪我をしましたか (怪我をした場所の見取り図も簡単に書いて下さい。)	
そのとき何をしていて どの様に怪我をしましたか	
他人に怪我をさせられたときは、その人の	住 所 氏 名 職 業 勤務先 連絡先 名 称 住 所 交通事故のときは { 保険会社 自賠保険の { 証明書番号 保険契約者
その怪我で損害賠償を 請求しましたか	① した(内容は別紙で) ② しない(これからする・しない) 理由
その怪我で他制度から 給付を受けましたか	① 受けた ② 受けない 受けた場合はどこからですか
保険診療を受けたときは その期間と病院名称等	期 間 入 院 ~ 通 院 ~ 住 所 名 称
診療を受けた人	住 所 氏 名 印 職 業