負　　傷　　届

（自損事故など）

平成　　年　　月　　日

被保険者証の	記号・番号		氏名	
被扶養者がうけた負傷であるとき		被扶養者の氏名		被保険者との続柄

負傷の原因

1. いつ（日時）

平成　年　月　日　　・午前　・午後　時頃

2. どこで（場所）

3. 何をしていて（負傷原因）　＊詳しくご記入ください。

4. 負傷したときは次のとれに該当しますか。（被保険者本人のとき）

・勤務中　・通勤途上　・帰宅途中　・出勤前　・退社後　・休日

5. 相手があるときはその者の住所・氏名

住所

氏名　　TEL

6. 負傷の原因は誰にあると考えますか。

・自分　・相手

上記のとおり届出します。

被保険者の 住所　〒

氏名　　㊞

所属部署名

TEL

〒102-8460

東京都千代田区飯田橋3－10－10

KDDI健康保険組合　理事長殿

ご記入いただいた個人情報は、負傷原因の確認にのみ利用させていただきます。

様式交1