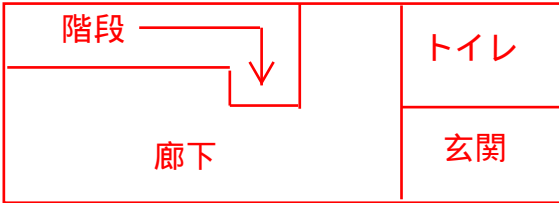


A 4 縦で出力してください。

* 外傷性の負傷の場合は必ず下記調査書もご記入願います。

傷病発生原因調査書

平成 年 月 日

保険証	記号	番号	被保険者 被扶養者	氏名	共同 太郎 ⑩	事業所	株式会社
傷病名	右足首骨折		傷病発生年月日 平成 年 月 日 (日) AM/PM 時 分				
傷病の発生場所	自宅階段						
下記について該当する方に○をしてください。(高額療養費・付加給付等の給付対象確認の為)							
①第三者行為などの怪我ですか？(相手のいる交通事故・暴力行為・犬に噛まれた等)							はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
「はい」と答えた方はその状況:							
②自損事故ですか？(車やバイクによる自己の運転のあやまり)							はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
「はい」と答えた方はその状況:							
③単独の事故ですか？(自身が単独で起こした転落・転倒等による怪我)							<input checked="" type="radio"/> はい・いいえ
「はい」と答えた方はその状況: 自宅階段上部から転落し、着地を誤り右足首を骨折した。							
④お子さんの場合、乳幼児・小児医療助成制度の対象ですか？							該当・ <input checked="" type="radio"/> 非該当
「該当」と答えた方は助成制度の名称:							
⑤労災の該当となる怪我ですか？							該当・ <input checked="" type="radio"/> 非該当
「該当」と答えた方 ・どのような状況で負傷しましたか？							
・治療費はどうされましたか？ 健康保険 ・ 労災保険 ・ 全額自費							
⑥学校・幼稚園・保育園等の怪我で日本スポーツ振興センター等の給付手続きをされていますか？							手続中(手続予定を含む)・ <input checked="" type="radio"/> 非該当
⑦スポーツ中の怪我、イベント参加等の怪我で加入しているクラブ、主催者等で給付金は出ていますか？							あり・ <input checked="" type="radio"/> なし
(個人名で加入されている保険は対象外です。)							
傷及び病 び発生 状況の 現図 場示							
上記図の 負傷の 原因の 説明	自宅階段上部から転落し、着地を誤り右足首を骨折した。						