

<p style="text-align: right;">第 号</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">ミツバ健康保険組合</p> <p style="text-align: center;">= 負傷原因の照会について =</p> <p>あなた（の被扶養者）が平成・令和 年 月 日より保険医</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>に保険診療を受けた</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>の負傷原因について必要がありますのでその状況を下記に記入の上</p> <p>月 日までに回答して下さい。</p>	発議		
	常務理事	事務長	係
	<p>1. このまま完結</p> <p>2. 求償権行使</p> <p>3. 調査の上処理したい</p>		

## ＜ 負 傷 届 ＞

保険証の 記号, 番号	—	氏 名		印
住 所				
被扶養者が 負傷をした とき	氏 名		あなたとの続柄	
	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	
負 傷 日	平成・令和	年 月 日	午前・午後	時頃
負傷の場所	市・群	町・村		
負傷した時 の原因	行き先（どこへ）			
	用向き（何をしに）			
	状況は （交通事故は特に くわしく）			
交通事故の場合 記入して下さい	1. 加害者はいますか。		いる・いない	
	2. 示談はしていますか。		いる・いない	
	3. 損害賠償を受けていますか。		いる・いない	

★ 記入の際 鉛筆は使用しないでください ★