負　傷　原　因　届

保険証の記号		番号		被保険者名	㊞

負傷した者の氏名 被保険者との続柄	氏名	続柄
被保険者の住所 または負傷した者の住所	（〒　　ー　　） TEL　　（　　）	
傷病名		
最初に受けた 保険医療機関等の 名称および所在地	所在地	
	名　称	
負傷日時	令和　　年　　月　　日　　☐ 午前 ・ ☐ 午後　　時ごろ	
負傷した場所	☐ 会社内　☐ 自宅　☐ 路上　☐ 駅構内 ☐ その他（　　）	
負傷した時間帯（状況）	☐ 勤務時間中　☐ 休憩時間中　☐ 通勤途上 ☐ 社用外出中　☐ 私用外出中　☐ 交通事故（相手あり・相手なし） ☐ その他（　　） （注） 相手がいる負傷の場合、「第三者行為による負傷届」の提出が必要です	
負傷した状況を 具体的にお書きください	…… …… …… ……	

上記のとおり報告します

令和　　年　　月　　日

被保険者　住所

氏名　　㊞

群馬県自動車販売健康保険組合　殿

群馬県自動車販売健康保険組合