

組 合 員 負 傷 届

被保険者証 記号番号					
氏 名				昭 平	年 生
負傷した時の状況	日 時 (いつ)	令和 年 月 日	午前 午後 時頃		
	場 所 (どこで)				
	原 因 <small>(どうしているとき、 どういふうになつて)</small>				
	状 態 <small>(どこを、 どうした)</small>				
診療を受けた 病(医)院の 名称・所在地	病 院 医 院 診 療 所	都 道 府 県	郡 区 市	区 町 村	
<p>上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話 () -</p> <p style="text-align: center;">(事業所名)</p> <p>全国土木建築国民健康保険組合理事長 様</p>					

(注) 組合員がけがのため保険で治療を受けるときは、速やかにこの届を組合に提出してください。