

# 負傷届

PD

被保険者証の 記号番号	記号 番号		事業所名	
受診者名				
医療機関名				
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. 何をしていた(負傷原因) ※詳しくご記入ください _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
上記のとおり届出します。				
平成 年 月 日 ( 千 - )				
被保険者の住所				
氏名 (印)				
職場 電話				
YKK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。