組　合　員　負　傷　届

被保険者証 記号番号				
組合員 氏名			男・女	昭 平　　年生
負傷した時の状況	日時 （いつ）	平成　　年　　月　　日		午前 午後　　時頃
	場所 （どこで）			
	原因 （どうしているとき、どういうふうになって）			
	状態 （どこを、どうした）			
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

上記のとおり届けます。

平成　　年　　月　　日

住所

組合員　氏名　　㊞

※組合員本人が署名した場合は、押印不要です。

電話　（　　）

（ 事業所名　　）

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

（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。