

令和 年 月 日

マルハニチロ健康保険組合 御中

事業所名 _____

事業主名 _____ ㊞

傷 病 調 査

被保険者氏名： _____ 記号番号： _____

受傷者氏名： _____ 続 柄： _____

傷 病 名： _____

病院等の住 所： _____

名 称： _____

初 診 日： _____ 令和 年 月 日

傷病発生の日時： _____ 令和 年 月 日、 就業時間 内、外

第三者行為の有無： _____ 第三者の行為によるもので ある、 ない

交通事故か否か： _____ 交通事故によるもので ある、 ない

傷病発生の状況（具体的に）：

(いつ) _____

(どこで) _____

(何をしている時) _____

(どのような原因で) _____
