

令和 年 月 日

Umios健康保険組合 御中

事業所名

事業主名 印

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)