秘

デサント健康保険組合　御中

負　傷　届

被保険者記号番号	３２８－	■該当するほうを〇で囲んでください	
		労働(通勤)災害である	労働(通勤)災害でない
被 保 険 者 氏 名		負傷者が被扶養者の場合は続柄・氏名	続柄 氏名
負　傷　日　時	令和　　年　　月　　日（　　曜日）午前 ・ 午後　　時　　分頃		

負傷発生の場所
負傷した時の状況、その時していた行動の内容・目的・行き先等を詳細に記入

	現場見取図

上記内容に相違がないことを届けます。

令和　　年　　月　　日

会社名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞（ｼｬﾁﾊﾀ可）