

窓空宛名

発行日 年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇

印

### 負傷原因の照会について

あなた（または、ご家族）が下記の医療機関で受診された傷病について、負傷の原因をお尋ね致します。負傷の原因が交通事故等の第三者行為による場合には届出が必要となります。適正な保険給付をするため、ご協力をお願い致します。

お手数をお掛けしますが、回答期限までに、下記回答欄にご記入の上、同封の返信封筒にてご返送くださいますようお願い致します。

記

- ・被保険者記号・番号
- ・被保険者氏名
- ・診療年月
- ・医療機関名等

回答期限 年 月 日

### 回 答 欄

- 負傷日時 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時頃
- 負傷場所（事故発生場所） [ ]
- 負傷時の状況 該当するア～エに○を付けてください。  
ア 通勤途中 イ 勤務中 ウ 自分の用事 エ その他
- 負傷の原因 該当するア～エに○を付け、括弧[]内の該当する項目にも○を付けてください。  
ア 交通事故での負傷 [ 自分の運転 ・ 同乗中 ・ 歩行中 ] で  
[ 相手がわかっている ・ 相手不明 ・ 単独事故 ]  
イ 犬猫等動物による負傷 飼い主が [ あなた ・ 他人 ・ 不明 ]  
ウ 喧嘩等による負傷 相手が [ 同居の家族 ・ 他人 ・ 不明 ]  
エ その他の原因による負傷 [ ]
- 負傷されたときの状況を詳しくご記入ください。

（記載例：横断歩道を歩行中、乗用車に接触され転倒し、頭部、腕および腰を強打した。）

上記のとおり回答いたします。

記入日 年 月 日

氏名

電話番号（自宅・携帯）

住 所 〒

問合せ先

〒000-0000

〇〇市1丁目2番3号 〇〇課

電話番号：000-000-0000