

| | | |
|-----------------|-----|----|
| オリエンタルランド健康保険組合 | | |
| 常務理事 | 事務長 | 係員 |
| | | |

傷病の原因届

※記入、または☑をしてください

| | | | | |
|--|--|-----------------------|--------|--|
| 被保険者証 | 記号 | | 番号 | |
| 被保険者 | 氏名 | <small>(フリガナ)</small> | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| 事業所の名称 | | 内線 | - | 従業員番号 |
| 所属部署 | 部 | | グループ・課 | |
| 被扶養者の場合 | 氏名 | <small>(フリガナ)</small> | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 傷病年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 傷病名 | | | | |
| 最初に治療を受けた医療機関 | 名称 | | | |
| | 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 () | | | | |
| 傷病の原因についてくわしく記入してください | | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 2. どこで | | | | |
| 3. 何の目的で何をしようとして | | | | |
| 4. どのようにして事故(負傷)が起こったか | | | | |
| 傷病の原因は上記のとおり相違ありません | | | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者氏名 |

この用紙の作成要請を受けたら至急提出してください

健保使用欄