

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 宛

負傷原因届

被保険者氏名

㊞

\_\_\_\_\_

記号・番号

—

\_\_\_\_\_

負傷された原因について詳細をご記入ください。

(いつ、どのような場所で、何をしているときに、どうなって)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

以 上