〒 123-4567
東京都青山一丁目1-2-1※※※※※
※※※※※※※※※※※※※※
※※※※※※※※※※※※※※

共済 太郎　　様

管理番号　　20-99999
平 成 30 年　 月　 日

a20-99999a

負傷原因のお問合せ

平素は、地方職員共済組合の運営にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。
さて、標記「負傷原因のお問合せ」の件でございますが、組合員（ご本人）又は被扶養者（ご家族）の治療においては、「事故」の場合、その内容により組合で負担すべきものと、地方公務員等共済組合法第50条により、事故の加害者に治療費をご負担して頂く場合がございます（別途、提出書類有り）。
つきましては、事故の内容について確認する必要がありますので、大変お手数をお掛けして申し訳ございませんが、下記治療内容の発生状況についてご記入の上、ご提出頂きます様、宜しくお願い申し上げます。

※【提出先】委託先 株式会社オークスへ同封の返信用封筒にて直接郵便でご提出下さい。

記号　9999	番号　1234	所属　しょぞくめい
受診者の氏名		
医療機関名		
傷 病 名		
初診日又は入院開始日		

お手数ですが、　月 日　必着となるよう投函して下さい。
附加給付等について該当する場合、回答後に支給となることがありますので、必ずご回答ください。

記入または「〇」で囲んでください。（場所・原因は詳しく記入して下さい。）

1 い つ	日 時	平成　年　月　日　AM・PM　時　分頃
2 どこで	場 所	
3 どうして	原 因	（何をしていてケガをされたのか詳細に記入して下さい）
4 この負傷に関係する人（相手）がいますか？		いる ・ いない
5 負傷した時の状態		通勤途中 ・ 勤務中 ・ その他（　　）
6 治療期間	治療中	平成　年　月　日より現在治療中
	治 癒	平成　年　月　日に治癒しました
	示談済み	平成　年　月　日に示談しました

上記の通り回答致します
平成　年　月　日

所属所名
氏　名
連絡先電話番号

《お問い合わせ》　委託先　株式会社　オークス医療調査室
第三者行為　係
〒151-0053　東京都渋谷区代々木2丁目7番7号
Tel　0120-732-255

《委託元》　地方職員共済組合