

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 負傷原因届

医療機関等で健康保険を使用して治療を受けた方で、療養の内容が外傷性症状（骨折・挫創等）の場合は、この書類により傷病原因を具体的に報告して頂くことになります。この書類は、第三者行為または労災でないか等を確認する書類となります。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	1 被保険者の記号・番号	-		2 被保険者氏名		
	3 被保険者の現住所	〒 TEL				
	4 負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）氏名（ ）				
	5 負傷した方の勤務形態等	<input type="checkbox"/> 正社員・契約・派遣・パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	6 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地			
	7 傷病名					
	8 負傷年月日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時頃				
	9 負傷した状況	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 通勤途中（ <input type="checkbox"/> 会社に行く途中 <input type="checkbox"/> 家に帰る途中／ <input type="checkbox"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし）				
	10 負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	11 事故等の形態	<input type="checkbox"/> 相手のいる交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力（喧嘩） <input type="checkbox"/> 飼い主のいる動物による負傷 ➡ 上記原因による場合は「第三者の行為による傷病届」も提出してください <input type="checkbox"/> 自損による事故 <input type="checkbox"/> 自らの不注意によるケガ <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	12 負傷した原因を具体的に記入してください	(何をしているときに、どういうふうになって、どこをけがした)				
	13 治療経過	令和 年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止				
	14 治療期間 (この期間に入院をしていた場合の期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 (令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 入院)				

## 【留意事項：被保険者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、被保険者の署名が必要となります。

事 業 主 証 明 欄	15 上記のとおり相違ないことを証明します。				
	令和 年 月 日				
	事業所所在地				
	事業所名称				
	事業主氏名				
TEL					
					業務（通勤）災害該当の確認
					<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 業務 <input type="checkbox"/> 通勤）
					<input type="checkbox"/> なし

健保組合使用欄	受付日付印
---------	-------