

健康保険 負傷原因届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

被保険者情報	被保険者証の	記号 番号	事業所の名称		
	氏名	(フリガナ)	生年月日		
	住所	(〒 -) 都 道 府 県	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月 日
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 : 氏名() 続柄()
	傷病名	
	負傷日時	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃
	負傷した時間帯(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"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし)
	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()
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合はあなたは被害者ですか、加害者ですか	相手 : <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 ※ 相手がいる負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。 当健康保険組合までご連絡ください。(Tel 06-6762-6371)
	負傷したときの状況を具体的にご記入ください	
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	
治療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	

受付印