


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 険 者 が 記 入 す 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	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
	事業所名称	
事業主氏名		
	TEL	

健保組合使用欄	受付日付印