

常務理事	事務長	担当者
負傷原因届記入例		

## 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 証 号 記 号 ・ 番 号	123 - 45678	2 被 保 険 者 氏 名	健保 拓哉	
	3 被 保 険 者 の 所 在 地	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123 TEL 080-0000-0000			
	4 負 傷 し た 方	<input checked="" 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 checked="" 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	★★★病院	所在地	東京都港区●●●7-8-9
	7 傷 病 名	右足関節脱臼骨折			
	8 負 傷 年 月 日	令和 3 年 5 月 15 日			
	9 負 傷 し た 状 況	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	10 負 傷 し た 場 所	<input type="checkbox"/> 会社 <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 checked="" 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	（何をしていたときに、どういふうになって、どこをけがした） 自宅で電気交換をしている時、脚立を踏み外して落下し 右足を斜めについて足を脱臼骨折した。			
	13 治 療 経 過	令和 3 年 5 月 15 日現在 <input checked="" 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 3 年 2 月 11 日 から 令和 3 年 4 月 30 日 まで 78 日間 （令和 3 年 2 月 11 日 から 令和 3 年 3 月 10 日 まで 27 日間 入院）			

被保険者が記入してください  
※記入漏れのないようお願いします

**【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 3 年 5 月 15 日	事業所所長	災害該当の確認
			事業所	<input type="checkbox"/> 業務 <input type="checkbox"/> 通勤
			事業主	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		TEL 03-0000-0000		

事業主に証明を頂いてください

健康組合使用欄	受付日付印
---------	-------