

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 被保険者の 記号・番号	123 - 45678	2 被保険者氏名	健保 拓哉	
	3 被保険者の 現住所	〒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 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">                     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                 </div>			
	10 負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社 <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）			

**【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	事業所	事業主	災害該当の確認 <input type="checkbox"/> 業務 <input type="checkbox"/> 通勤
	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;">                         事業主に証明を頂いてください                     </div>					
	TEL 03-0000-0000					<input checked="" type="checkbox"/> なし

健保組合使用欄	受付日付印