

# 健康保険 負傷原因届

(該当する□に✓点を入れてください)

① 被保険者の	記号	番号	氏名	業務の種類 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> その他 内容( )
	〒			日中連絡の取れる電話番号 TEL ( )
② 被保険者の 現住所				
③ 事業所名称				
④ 負傷した方	(氏名)	(続柄)	15歳以上の被扶養者の 場合	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )
⑤ 傷病名				
⑥ 負傷した日時	平成 令和	年	月	日 ( ) 午 前後 時 分頃 / <input type="checkbox"/> 勤務日 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> その他
⑦ 負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 休日の外出時 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト中 <input type="checkbox"/> 駅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> その他( )			
	都道 府県	市 郡	区 町・村	
⑧ スポーツ中の 負傷の場合	<input type="checkbox"/> 会社の部活動・プロスポーツ <input type="checkbox"/> 社内行事( <input type="checkbox"/> 強制参加 ・ <input type="checkbox"/> 任意参加 ) <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル <input type="checkbox"/> 個人の趣味 <input type="checkbox"/> その他( )			
⑨ 上記⑥が 勤務日の場合 (アルバイト等含む)	(就業開始時刻) 時 分 ~ (終業時刻) 時 分 / 寄り道 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 休憩中の外出時 <input type="checkbox"/> 出張または仕事の外出時 <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 退勤途中(飲酒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
	労働(通勤)災害に <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	確認した日	令和	年 月 日 労働基準監督署・担当者名
⑩ どのような状況で 負傷しましたか	何をしていた			
	どういうふうになって どこをどうした			
⑪ 第三者による 負傷の場合	<input type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> 不可抗力 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 生まれつき <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> 相手判明 <input type="checkbox"/> 相手不明	第三者によって負傷した事実を		健保組合に届出 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない 警察に届出 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
⑫ 市区町村等からの 医療費助成について	被扶養者(学生)が学校内(サークル・部活動を含む)で負傷した場合、日本スポーツ振興センターからの助成を <input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けない(その理由: ) 市区町村等から医療費助成を <input type="checkbox"/> 受けた(別紙をご提出ください。) <input type="checkbox"/> 受けていない			
⑬ 診療を受けた 医療機関	名 称	所在地	〒	TEL ( )

本件、負傷の原因は上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_