

健康保険負傷原因届

(注)

①外傷性の負傷(骨折・打撲・捻挫等)の場合には、届出して下さい。

②相手がいる負傷の場合は、本届ではなく「第三者傷害(含、交通事故)による傷病届」等関係書類を届出して下さい。

太枠線内は、すべて記入してください。

令和 年 月 日

被保険者証記号番号	—	事業所名	
被保険者氏名	Ⓜ	生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者住所			
被保険者電話番号 (日中連絡先)			

1 傷 病 発 生 状 況	負傷者氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
	傷病名					
	負傷日時	令和 年 月 日	午前・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"/> 退社 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)				
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> その他()				
	負傷原因 <small>※負傷原因で次にあてはまるものがありますか。</small>	<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"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <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				
	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"/> 治療中止			
治療期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日			

2. 負傷したときの状況及び原因を詳細にご記入ください。

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者

健保受付印