健康保険　負傷原因届

※太枠内に記入してください

被保険者情報	被保険者の記号・番号		生年月日			事業主の名称
	記号（右詰）	番号（右詰）		年	月	日	
	被保険者（請求者）の氏名と印	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ㊞			電話番号（日中の連絡先）	（　　）
	被保険者（請求者）の住所	郵便番号 －	（フリガナ）			

届出の内容（被保険者記入欄）	
負傷した方	□被保険者　□被扶養者（氏名：　　続柄：　　）
傷病名	
負傷日時	年　月　日　（ 午前　午後 ）　時頃
負傷場所	
負傷の原因	□交通事故　□暴力　□スポーツ中（ 職場行事　職場行事外 ） □動物によるもの(飼い主： 有　無 ） □その他（　　）
負傷の原因は第三者によるものですか	□はい　（あなたは： 被害者　加害者 ） □いいえ ※第三者による場合は、別途届出が必要です
負傷したときの状況（具体的に）	
治療経過	年　月　日現在　□治癒　□治療継続中　□中止
治療期間	年　月　日 ～　年　月　日

事業主証明欄	
※業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主が証明	
労災届出	□ 有り （届出日　年　月　日）　□ 無し
無しの場合、その理由	（　　）
上記被保険者の申立ての通り、（ 業務災害　通勤災害 ） に相違ないことを認めます 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名　㊞	

健保受付日付印

被保険者ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）	

健保使用欄（下記には記入しないでください）

□ 傷病手当金支給申請書
□ 療養費支給申請書
□ 高額医療交付金交付申請

常務理事	事務長	経理	担当