

# 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	(フリガナ)	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	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> スポーツ中(職場行事 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物によるもの(飼い主: 有 無) <input type="checkbox"/> その他( )			
	負傷の原因は第三者によるものですか	<input type="checkbox"/> はい (あなたは: 被害者 加害者) ※第三者による場合は、別途届出が必要です <input type="checkbox"/> いいえ			
	負傷したときの状況(具体的に)				
	治療経過	年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				

**保険証で確認してください**  
 記号: 社員・アルバイト等...10  
 ユニオン専従職員...50  
 任意継続被保険者...9999  
 番号: 社員番号

**必ず捺印**

**正確に記入してください**  
 □には当てはまるものにチェック✓、  
 ( )内は当てはまるものを○で囲む

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	<input type="checkbox"/> 有り (届出日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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	印	

健保受付日付印

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

