

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

記号・番号は、右づめで記入してください。

負傷(ケガ)がもとで各種の給付申請をする場合は、負傷原因届の提出をお願いいたします。ご提出いただけないと、給付金の支払いを保留するなど適正な保険給付の決定を行うことができない場合があります。業務外のケガや自損事故によるものと思われる場合でも届出が必要になります。疾病・ケガが第三者の行為によるものであるときは、併せて「第三者の行為による傷病届」の届出が必要です。

被保険者
申請者
情報

健康保険の
(右づめ)

7 8 9

7 8 9 7 8

昭和
 平成

6 2 1 0 0 8

氏名

(フリガナ) タイヘイ ヒロアキ

太平 洋明

枝番は不要です。

住所

(〒 ○○○ - ××××)

山口 山陽小野田市○○1-1-1

電話番号
(日中の連絡先)

TEL ○○○○ (××) △△△△

日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。

今回照会があった傷病については下記のとおりです。

被保険者または負傷した方が記入するところ

負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 太平 洋海)
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (高校生)
傷病名	左下肢熱傷
負傷日時	令和 4 年 1 月 15 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 15 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"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し) <input checked="" type="checkbox"/> その他
負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<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 (飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 ※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	カップ麺を作ろうとして誤ってやかんを落としてしまい左足を火傷した
治療経過	令和 4 年 1 月 20 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止
治療期間	令和 4 年 1 月 15 日 から 令和 年 月 日まで

治療継続中の場合は、こちらの記入は不要です。

事業主欄

業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。

事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	名	事業内容
業務(通勤)災害 該当の確認	有・無	▶「無」の場合、その理由		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	上記、本人の申し立てのとおり <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害 に相違ないことを認めます。 令和 年 月 日			
	事業主記入	担当者名	受付日付印	

常務理事	事務長	担当者