

# 健康保険 負傷原因届

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

【注意事項】

- この調査は健康保険の適正な給付のため、被保険者および被扶養者の傷病原因を調査するものです。
- 負傷した原因が“第三者行為”による場合は、別途届出が必要になります。
- 業務上・通勤上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがあります。

被 保 険 者 情 報	記入日	令和 年 月 日			※被保険者氏名欄は入力できません。自署してください。	
	被保険者証 記号・番号	記号	番号		フリガナ	被保険者 氏名
		〒	-			
	現住所					
電話番号	-		-		※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。	

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 type="checkbox"/> 被扶養者(家族)    (氏名：    )				
	傷病名					
	負傷日時	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 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"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有 <input type="checkbox"/> 寄り道等なし ) <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 部活動中 <input type="checkbox"/> その他(    )				
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他(    )				
	負傷原因	<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"/> 動物による負傷 (飼い主： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> どれにもあてはまらない				
	上記に当てはまる原因がある場合、相手はいますか。	相手が ( <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		※相手がいる負傷の場合は、「第三者行為」による届出が必要な場合があります。		
	負傷した状況を具体的に ご記入ください。 (何を、どうして、どのように)					
治療状況	令和 年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中					

健 保 使 用 欄	対象レセプト	令和 年 月 入院 ・ 外来 点
	労災該当	有 ・ 無 [    ]
	第三者行為該当	有 ・ 無 [    ]

受付印

K0340(R04.12)