健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

健康保険　負傷原因届

【 注意事項 】
1. 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。
2. 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。
3. 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。

※被保険者氏名欄は入力できません。自署してください。

被保険者情報					
記入日	令和　　年　　月　　日				
被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ	
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	☐ 被保険者　☐ 被扶養者(家族)　〔氏名：　　〕
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)	☐ 勤務時間中　☐ 勤務日の休憩中　☐ 出張中　☐ 私用中 ☐ 通勤途中(　☐ 出勤　☐ 退勤　／　☐ 寄り道等有　☐ 寄り道等なし　) ☐ 通学途中　☐ 授業中　☐ 部活動中　☐ その他(　　)
負傷場所	☐ 会社内　☐ 路上　☐ 自宅　☐ 学校　☐ その他(　　)
負傷原因	☐ 交通事故　☐ 暴力(ケンカ)　☐ スポーツ中 ☐ 動物による負傷　(飼い主：　☐ 有 ・ ☐ 無　)　☐ 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　(　☐ 有 ・ ☐ 無　) ☐ あなたは被害者 ☐ 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。 (何をして、どうして、どのように)	
治療状況	令和　　年　　月　　日現在　☐ 治癒　☐ 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	受付印
労災該当	有 ・ 無　[　　]	
第三者行為該当	有 ・ 無　[　　]	

K0340(R06.12)