

本人 記入例  
負傷原因届

※健保使用欄

統括部長	部長	課長	課員

記号	123	番号	4567	被保険者氏名	東食 太郎	様
傷病名	右足関節捻挫					
受診医療機関	病院名	東食病院				
	初診年月日	令和2年11月26日				

★上記の負傷の原因及び状況等について確認するため、下記事項にご回答ください。

負傷の日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年11月17日(火曜日) <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 10時10分(頃) ※初診年月日と負傷日が同じ日でないときは、その理由をご記入ください。 理由(しばらく市販薬で様子を見ていたが、痛みが強くなってきたため病院へ)		
負傷のときは	<input type="checkbox"/> 出勤前 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 休憩中 <input checked="" type="checkbox"/> 帰宅後 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 休日 <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 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
負傷日の勤務時間(予定)	11月17日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 9時00分 から	11月17日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 5時00分 まで	
負傷の場所	<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( )		
負傷の原因 当てはまるものはありますか。	<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"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) <input checked="" type="checkbox"/> 当てはまらない		
上記に当てはまる原因がある場合、相手はいますか。	<input type="checkbox"/> 有り(相手氏名: ) ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> 無し		
負傷した時の状況を具体的にご記入ください。 書ききれない場合は裏面にご記入ください。	リビングで新聞を読もうとして、テーブルに置いてある新聞を取ろうとした時に、絨毯につまづき右足を捻った。		
あなたの職種 (例 調理 製造)	事務	勤務先の名称	(株)東食食品
		日中つながる連絡先	03(3833)5156
通常の通勤経路及びその方法	(自転車) → 横浜駅 → 上野駅 → (徒歩) (自宅) → → (勤務先)	所要時間	( 1 時間 10 分)
治療状況	1. <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日終了 2. <input checked="" type="checkbox"/> 現在も治療中 3. <input type="checkbox"/> 転医		

傷・療・高・他

上記のとおり相違ありません。また、上記の負傷原因届にかかわる受診内容について、健保組合が医療機関等に照会することを同意いたします。

令和 3 年 3 月 1 日

〒 012-3456

住所 横浜市西区高島〇-〇〇-〇

被保険者氏名 東食 太郎 ( 55 歳)

自宅(携帯)電話番号 123-456-7890

負傷原因届を正当な理由無く提出されない場合、健康保険法第121条(保険給付を受ける者が正当な理由なしに文書等の提出を拒んだときには、保険給付の全部または一部を行わないことができる)の規定により、当組合負担分の返還をお願いする場合がありますのでご注意ください。

※ ご回答済みの場合は、行き違いですのでご了承ください。

※ この照会は負傷の原因が第三者の行為によるものか、又は労災に該当するか否か確認するためのものであり、本人の同意を得ることなく第三者に情報提供いたしません。