

家族 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	1235	番号	100	被保険者氏名	甲食 花子 様
傷病名	右肘挫傷、右第5指骨折				
受診医療機関	病院名	〇〇総合病院			
	初診年月日	令和2年5月3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 2年5月3日(日曜日) <input type="checkbox"/> 午前 3時20分(頃) <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 ※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()		
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 type="checkbox"/> 帰宅後 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 休日 <input checked="" type="checkbox"/> その他(プライベート) <input type="checkbox"/> 通勤途中(□出勤 □退勤) ⇒ 寄り道 □有り □無し		
負傷日の勤務時間(予定)	月 日 □午前 □午後 時 分 から	月 日 □午前 □午後 時 分 まで	
負傷の場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(□職場行事 □職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主:□有り □無し) <input 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 checked="" type="checkbox"/> 有り(相手氏名: 乙田 次郎) ※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。	青信号の横断歩道を自転車で横断中、対向普通自動車と接触し転倒、右肘等を負傷した		
あなたの職種 (例 調理 製造)	調理	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) → 上野駅 → 銀座駅 → (徒歩) (自宅) → → (勤務先)	所要時間	(時間 40 分)
治療状況	1. <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日終了 <input type="checkbox"/> 令和 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

〒 110-3456

住所 東京都台東区東上野〇-〇-〇

被保険者氏名 甲食 太郎 (49 歳)

被扶養者氏名 甲食 花子 (47 歳)

自宅(携帯)電話番号 03-3833-〇〇〇〇

※ 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。

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。