

事務局長	部 長	課 長	課長補佐	処理者

# 負傷原因届

本人 /

照会月:

記号		番号		受診者氏名	
傷病名					
受診医療機関	病院名				
	初診年月日				

★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	令和 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 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 ( )
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 type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤) ⇒ 寄り道 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
負傷日の勤務時間(予定)	月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 から 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 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 type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )
負傷の原因 当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(飼い主: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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 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。	
あなたの職種 (例 調理 製造)	<input type="checkbox"/> 勤務先の名称 <input type="checkbox"/> 日中つながる連絡先 ( )
通常の通勤経路 及びその方法	(自宅) → → (勤務先) 所要時間 ( 時間 分)
治療状況	1. 令和 年 月 日 終了 2. <input type="checkbox"/> 現在も治療中 3. <input type="checkbox"/> 転医

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 年 月 日

〒

住所

被保険者氏名 ( 歳 )

自宅(携帯)電話番号

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

※ 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。