

# 負傷原因届

※健保使用欄			管理No.	
事務局長	部長	課長	課長補佐	処理者

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 ) □午前 時 分 (頃) □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	□出勤前 □勤務中 □休憩中 □帰宅後 □出張中 □休日 □その他 ( ) □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	□会社内 □路上 □駅構内 □自宅 □その他 ( )		
負傷の原因 当てはまるものはありますか。	□交通事故 □暴力(ケンカ) □スポーツ中 (□職場行事 □職場行事以外) □動物による負傷(飼い主:□有り □無し) □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。	□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。 □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)		勤務先の名称	
		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. □現在も治療中 3. □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 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。