

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

ケガによる傷病で、初回の傷病手当金を申請される場合のみ、記入してください。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳
	被保険者証の (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)					
住所	(〒	-)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名						
	負傷日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 帰宅途中) <input type="checkbox"/> 休憩時間 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他()					
	負傷場所	<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()					
	負傷原因 負傷原因で次にあ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"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他()					
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有	→ <input type="checkbox"/> あなたは被害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。			
		<input type="checkbox"/> 無	→ <input type="checkbox"/> あなたは加害者				
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。							
治療経過	令和	年	月	日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		

事業主欄	※業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。						
	事業所の労災適用	有・無・申請中	労働基準監督署名	労働基準監督署			
	事業所所在地	上記、本人の申し立てのとおり	<input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害	に相違ないことを認めます。			
	事業所名称			令和	年	月	日
	事業主氏名		電話	()		
					受付日付印		

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

ケガによる傷病で、初回の傷病手当金を申請される場合のみ、記入してください。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日		
	被保険者証の (右づめ)	11	123456	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	55	7	5	45 歳
	氏名	(フリガナ) ケンポ	リョウコ	健保 亮子				
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	△△	都道府県	△△市△△番△△号	△△△マンション601		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111							

被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名	左手首骨折		
	負傷日時	令和 7 年 8 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 11 時頃	
	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 帰宅途中) <input type="checkbox"/> 休憩時間 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	負傷場所	<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 ()		
	負傷原因 負傷原因で次にあ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"/> 動物による負傷 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (私用)		
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 └─▶ <input type="checkbox"/> あなたは被害者 └─▶ <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。	
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	自宅の階段を踏み外し転倒した際、手をついてしまい負傷		
治療経過	令和 7 年 9 月 7 日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		

事業主欄

事業主記入欄

※被保険者は記入しないでください。

※業務災害及び通勤災害の場合、事業主に記入依頼をしてください。

※業務災害及び通勤災害申請中の場合でも必ず記入依頼をしてください。



ヤマトグループ健康保険組合