

健康保険 負傷原因届

被保険者(申請者)記入用

健保
確認欄
入力日

本届出は以下の申請で、傷病名がケガの場合に提出。(ただし、同一傷病名ですでに提出済みの場合は再提出不要)

併せて申請する書類名に☑

- 療養費 (治療用装具・立替払等・はりきゅう・あんまマッサージ・海外)
 傷病手当金
 移送費
 限度額適用認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額認定申請書
 その他 ()

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号番号	記号	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	事業所	会社名称 所属部署		従業員番号	※事業主から指示があった場合のみ記入			
	氏名	(フリガナ)	確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである <input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している				
	住所	(〒 -)	都道府県					
	電話番号	TEL ()						

負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名)
負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 法人の役員 → 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
傷病名	
負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <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"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)
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 ()
【労災】業務上、通勤途上に発生したもののか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (<input type="checkbox"/> a. 【労災保険】受給中 <input type="checkbox"/> b. 【労災保険】請求中 <input type="checkbox"/> c. 左記a. b以外)
負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 (<input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者との事故) <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> あてはまらない <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 <input type="checkbox"/> 無)
上記にあてはまる原因がある場合	相手 : <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 ※相手がいる負傷の場合、「第三者行為による負傷届」の届出をご提出いただきます。日野健保へご連絡ください。(042-586-5942)
負傷したときの状況を具体的に記入	
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
治療期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで

※上記内容より労災確認が必要な場合、健康保険組合から事業主へ証明を依頼する場合があります。

事業主欄	業務(通勤)災害該当の確認	<input type="checkbox"/> 有 「有」の場合 上記、本人申し立てのとおり <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。 <input type="checkbox"/> 無 「無」の場合 その理由
	事業主所在地	(〒 -)
	事業主名称	
	事業主氏名	
電話番号		印

受付日付印