

健康保険

負傷原因届

**確認欄**  
 この申出については、次の要件を満たしたものです。  
 ○記載内容については誤りがないか申出者本人が確認しています。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 欄	保険証の記号－番号	保険証 ( )	(被保険者) 住所	〒	—	
	フリガナ 氏名			年齢		歳
	連絡先 (日中の連絡先)	(電話)				
		(携帯)				

負 傷 し た 者 が 記 入 す る 欄	①負傷した方	氏名	フリガナ	歳	続柄		
	②就労形態	1 正職員 2 契約・派遣 3 パート 4 アルバイト 5 その他 ( )					
	③傷病名及び経過				治癒	治療継続中	中止
	④負傷日時及び 場所(状況)	令和 年 月 日	午前・午後	時 頃	負傷		
		<input type="checkbox"/> 出退勤途中 ( <input type="checkbox"/> 寄り道有り <input type="checkbox"/> 寄り道無し ) <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 出張先 <input type="checkbox"/> 飲食店等 <input type="checkbox"/> 職場内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(屋内屋外を問わず) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ等) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	⑤負傷の原因	負傷の原因(状況)を具体的に記入して下さい。 [ ]					
	⑥相手の有無	有 ・ 無		※相手がある場合、「第三者行為による傷病届」の届出が必要となります。			
	⑦通院先	名称:			住所:		
	名称:			住所:			
⑧通院期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで	<input type="checkbox"/> 現在も通院中			
	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで	<input type="checkbox"/> 現在も通院中			

事 業 主 証 明 欄	本人の申し立てのとおり、業務災害(通勤災害)であることを認めます。 ※業務災害・通勤災害の場合、事業主の証明を得て下さい。	
	(事業所)	事業所の労災適用 有 ・ 無
	所在地 名称 事業主	業務(通勤)災害該当の有無 有 ・ 無
	(理由) ※無し□した場合、その理由を明記して下さい。	
	(※) 事業主の押印は省略できます。	

健 保 組 合 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 健康保険扱い	(特記事項)
	<input type="checkbox"/> 交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届の提出	
	<input type="checkbox"/> 自賠償等求償済	
	<input type="checkbox"/> 医療費返納告知済(業務災害・通勤災害該当分)	
	<input type="checkbox"/> 業務災害(通勤災害)該当医療費返納済	

受 付 印
-------

## 健康保険

## 負傷原因届

確認欄



この申出については、次の要件を満たしたものです。  
○記載内容については誤りがないか申出者本人が確認しています。

記入例

令和 4 年 5 月 29 日 提出

被 保 険 者 欄	保険証の記号-番号	保険証 ( 100 — 20 )	(被保険者) 住所	〒 300-0000	
	フリガナ 氏名	イバラキ タロウ 茨城 太郎		年齢 35 歳	水戸市三の丸3丁目○番○号 ○○ビル5F 103号
	連絡先 (日中の連絡先)	(電話) 029-222-○○○○ (携帯) 080-○○○○-○○○○			

負 傷 し た 者 が 記 入 す る 欄	①負傷した方	氏名	フリガナ	歳	続柄	
	②就労形態	<input checked="" type="radio"/> 1 正職員 <input type="radio"/> 2 契約・派遣 <input type="radio"/> 3 パート <input type="radio"/> 4 アルバイト <input type="radio"/> 5 その他 ( )				
	③傷病名及び経過	肋骨骨折・頸椎捻挫			治癒	<input checked="" type="radio"/> 治療継続中 <input type="radio"/> 中止
	④負傷日時及び 場所(状況)	令和 4 年 5 月 10 日	午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後	7 時頃 負傷		
	※あてはまるものすべてに ☑を付けて下さい。	<input checked="" type="checkbox"/> 出退勤途中 ( <input type="checkbox"/> 寄り道有り <input checked="" type="checkbox"/> 寄り道無し ) <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 出張先 <input type="checkbox"/> 飲食店等				
		<input type="checkbox"/> 職場内 <input checked="" type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(屋内屋外を問わず)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ等) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	⑤負傷の原因	負傷の原因(状況)を 具体的に記入して下さい。 [ 信号のない、見通しの悪い交差点で相手車両と正面衝突した。 ]				
⑥相手の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		※相手が有りの場合、「第三者行為による傷病届」の届出が必要となります。			
⑦通院先	名称：○○整形外科		住所：水戸市千波町○番○号			
	名称：○○総合病院		住所：水戸市城南○番○号			
⑧通院期間 (下段は入院期 間)	令和 4 年 5 月 10 日	から	令和 年 月 日	まで	<input checked="" type="checkbox"/> 現在も通院中	
	令和 4 年 5 月 10 日	から	令和 4 年 6 月 10 日	まで	<input type="checkbox"/> 現在も入院中	

事 業 主 欄	本人の申し立てのとおり、業務災害(通勤災害)であることを認めます。 ※業務災害・通勤災害の場合、事業主の証明を得て下さい。				
	(事業所)	水戸市梅香1丁目○番○号 ○○連合会		事業所の労災適用	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
		所在地 名称 事業主	健康 良夫		業務(通勤)災害該当の有無
	(理由) ※無し☑した場合、その理由を明記して下さい。				
(※) 事業主の押印は省略できます。					

健 保 組 合 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 健康保険扱い	(特記事項)
	<input type="checkbox"/> 交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届の提出	
	<input type="checkbox"/> 自賠償等求償済	
	<input type="checkbox"/> 医療費返納告知済(業務災害・通勤災害該当分)	
	<input type="checkbox"/> 業務災害(通勤災害)該当医療費返納済	

受 付 印
-------

令和4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合