

健康保険 被保険者 被扶養者 負傷原因届

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください																										
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
	1	2	3	4																									
	1	2	3	4	5	6	7																						
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	□ 昭和 年 月 日 ■ 平成 6 1 10 22																									
住所	(〒 330-0802) 神奈川 都道府県 横浜市中区尾上町1丁目30番地																												
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 (123) 4567																												
下記のとおり相違ないことをお届けします。																													

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 · <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 健保 花子)			
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()			
	負傷部位	ろつ骨骨折			
	負傷日時	令和 1 年 5 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 · <input type="checkbox"/> 午後 10 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 checked="" 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 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"/> 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 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない			
	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"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> あなたは加害者		※相手が有の場合は相手の氏名を記載してください。 相手の氏名	
		※負傷原因が交通事故などの第三者の行為により生じたときは、この届出の他に「第三者行為による負傷原因届」と警察署の事故証明書等が必要となります。必要書類などご説明いたしますので、健康保険組合までご連絡ください。			
	負傷したときの状況を具体的にご記入ください。	自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまった。			
※何をしている時に起きましたか? 何を目的に、何処から何処に向かう 途中だったのか等をご記入ください。					
治療経過	令和 1 年 5 月 30 日現在		<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		