

負傷の原因届

*対象者及び対象となる負傷

被保険者等 記号 - 番号	—	負傷者氏名	
診療開始日	令和 年 月 日	傷病名	

*以下の項目についてご記入または をしてください

1. いつ	
負傷年月日	
令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
どのような日でしたか	
<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 通学・通園 <input type="checkbox"/> 休日・休暇中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
どの時間帯ですか (パート・アルバイトも仕事と考えてください)	
<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 学校(園)在校(園)中 <input type="checkbox"/> 学校部活動中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()	
2. どこで	
<input type="checkbox"/> 会社・職場内 <input type="checkbox"/> 通勤経路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> その他 ()	
3. 何をしている時どのようなようになったのか、詳しく記入してください	
(例：仕事に向かうため自転車走行中、縁石に接触して転倒し、顔面を挫傷と左腕を骨折した)	
(例：休日に自宅屋根の雨漏りを修繕中、バランスを崩し足場から仰向けに落下、頭部を5針縫った)	
(例：学校の部活でサッカー練習中、他の選手との接触プレーで転倒、手をついた際右手首を骨折した)	

※ この届は2ページです。2ページ目に署名のうえ、両面印刷をして
(両面印刷ができない場合はホチキス止め) ご提出ください。

4. 飲酒をしていましたか	
<input type="checkbox"/> していた（なにを	どのくらい)
<input type="checkbox"/> していない	
5. 負傷の原因で次のうちどれにあてはまりますか	
<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"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> プライベート） <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> どれもあてはまらない	
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合はお答えください	
<input type="checkbox"/> 相手がいる（ <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者） <input type="checkbox"/> 相手はいない <input type="checkbox"/> 複数名の活動中で相手の特定ができない	
7. 受診した医療機関をお書きください	
 <div style="text-align: right;">受診状況〔 日間・現在継続中 〕</div>	
8. 医療機関での自己負担についてお答えください	
<< 受診時に提示しているもの >> ※保険証等とは（健康保険証、マイナ保険証、資格確認書） <input type="checkbox"/> 保険証等のみ提示している <input type="checkbox"/> 保険証等のほかに限度額適用認定証を提示している <input type="checkbox"/> 保険証等のほかに自治体から発行された医療証を提示している （ <input type="checkbox"/> 乳幼児・こども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者医療助成 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 学校での負傷で、日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度をつかっている << 支払額について >> <input type="checkbox"/> 3割または2割 <input type="checkbox"/> 限度額 <input type="checkbox"/> 医療助成（ <input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 一部負担あり） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
9. その他、特記することがあればお書きください	

※ 負傷の原因の内容によっては、追加の書類をお願いする場合があります。

相手のいる負傷の場合：「第三者の行為による傷病届」

交通事故の負傷の場合：「事故発生状況報告書」

*** 下記に被保険者（社員）の方の署名をお願いします**

上記のとおり相違ありません	組合受付印
令和 年 月 日	
被保険者住所.....	
被保険者氏名.....	
(連絡先)※日中連絡が取れる番号 ...(会社・自宅・携帯).....	

※（ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。）