

健康保険 負傷原因届

被保険者情報	健康保険の 記号・番号	記号 □□□□	番号 □□□□□□	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 □□年 □□月 □□日 <small>「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」 「資格確認書」等から確認できます</small>	
	氏名	フリガナ (自署または記名・印)			
	郵便番号	□□□□□	電話番号	□□□□□□□□□□	
	住所	都 道 府 県			

対象者欄	負傷した人	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 □□年 □□月 □□日	続柄 □	
	傷病名				
	負傷(発病)日時	令和 □□年 □□月 □□日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 □□時 □□分頃				
	負傷したときの状態 (時間帯)	<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"/> 寄り道あり・ <input type="checkbox"/> 寄り道なし)				
	負傷(発症)場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> その他()				
	負傷(発症)原因	<input type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故やケガを負わされた等) <input type="checkbox"/> 単独事故 <input type="checkbox"/> 日常生活から発生したもので原因は不明 <input type="checkbox"/> その他()				
	相手がいる場合	<input type="checkbox"/> 負傷した人は被害者 ※ 別途、「第三者行為による傷病届」等の提出が必要です <input type="checkbox"/> 負傷した人は加害者 (健保組合にご確認ください)				
	負傷したときの状況	何をしていたか等				
治療経過等	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 ・ 受診医療機関名： ・ 治療期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで					

事業主欄	【勤務時間中・通勤途中の負傷の際は、事業主の確認が必要です。被扶養者の負傷の場合は不要です】	
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

受付日付印
.....

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄
-----------------------	-------

オークマ健康保険組合