

健康保険 負傷原因届

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	生年月日					
				昭和 平成	年	月	日		
	氏名・印	ふりがな			自署の場合は押印を省略できます。				
	住所	〒						都道 府県	市区 郡
								電話	-

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	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)[氏名]								
	傷病名									
	負傷日時	令和 年 月 日 午前・午後 時頃								
	負傷した時間帯(状況)	1. 勤務時間中 2. 勤務日の休憩中 3. 出張中 4. 私用中 5. その他() 6. 通勤途中(a. 出勤 b. 退勤 / c. 寄り道等有 d. 寄り道等無)								
	負傷場所	1. 会社内 2. 路上 3. 駅構内 4. 自宅 5. その他()								
	負傷原因	1. 交通事故 2. 暴力(ケンカ) 3. スポーツ中(a. 職場行事 b. 職場行事以外) 4. 動物による負傷(飼い主: 有・無) 5. 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	相手が(有・無)				※相手がいる負傷の場合は、速やかに当健保組合までご連絡ください。(TEL 03-5250-5401)				
		<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者								
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 1. 治癒 2. 治療継続中 3. 中止									
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									

※業務災害や通勤災害の場合のみ事業主の記入をお願いします。

事 業 主 欄	上記、本人の申し立てのとおり (<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。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 - -

受付印



こんなときに負傷原因届を提出してください。

負傷(ケガ)がもとで次の給付の申請をする際に、その給付の支給申請書の添付書類として、「負傷原因届」を提出します。

- 療養費(立替払)※
- 療養費(治療用装具)※
- 傷病手当金※
- 埋葬料(費)、家族埋葬料
- 移送費

※印が付いたものはケガによる初回申請時のみ、「負傷原因届」の提出が必要です。

【業務上・通勤途上の疾病・負傷(ケガ)の場合】**■労災保険からの給付が原則**

健康保険では、業務上または通勤途上による疾病・負傷(ケガ)に対して保険給付は行いません。この場合は、労災保険(労働者災害補償保険)の給付の対象となります。

■健康保険から給付が行われる場合

ただし、健康保険の被保険者または被扶養者の業務上のケガについて、労災保険の給付とならない場合は、法人の役員として業務に起因するものを除き、健康保険の給付対象となります。

【第三者行為による疾病・負傷(ケガ)の場合】

業務上や通勤途上以外の交通事故、ケンカ、他人の飼い犬にかまれたなど、第三者の行為によって起こった疾病・負傷(ケガ)は、本来加害者が治療費を負担すべきですが、被保険者証を医療機関に提示して診療を受けることもできます。その際は、速やかに健保組合へご連絡願います。

(TEL 03-5250-5401)

***「第三者行為による疾病届」が必要な理由**

被保険者証を使って治療を受けた場合、健保組合が加害者に代わって医療費を立て替えたこととなりますので、その費用を加害者または損害保険会社などに請求します。(損害賠償権の代位取得)このため、速やかに届書を提出いただく必要があります。