

健康保険 負傷原因 届

常務理事	係 員	係 員

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)	<div>111</div>	<div>12345</div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
	氏名	(フリガナ) キョウアイ ハナコ 共愛 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 2 9 8	
	住所	(〒 804 - 0092) 福岡 北九州市戸畑区 小芝2-2-6-201号室				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 093 (871) 6151				

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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)		
	傷病名	ろっ骨骨折		
	負傷日時	令和 6 年 5 月 8 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 type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。		
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。			
治療経過	令和 6 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			
治療期間	令和 6 年 5 月 8 日 から 令和 年 月 日まで			

健保記入欄

労 災 区 分	該 当 ・ 不 該 当	
	↓	
	処理日	担当者
レセプト 返 戻	月 日	
被保険者 連 絡	月 日	
総務連絡	月 日	
医事連絡	月 日	

第 三 者 区 分	該 当 ・ 不 該 当	
	↓	
	処理日	担当者
第三者届 送 付	月 日	

(R6.10)

受付日付印