

常務理事	係 員	係 員

健康保險 負傷原因 届

被 保 險 者 (申請者) 情報	記号	番号	記号番号が分からぬ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>1</td><td>1</td></tr></table>	1	1	1	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td></td></tr></table>	1	2	3	4	5		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	1	1	1																					
	1	2	3	4	5																			
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 <table border="1"><tr><td>6</td><td>2</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>		6	2	9	8														
6	2	9	8																					
住所	(〒 804 - 0092)			福岡	(都) (道) (府) (県)	北九州市戸畠区 小芝2-2-6-201号室																		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 093 (871) 6151																							

被 保 險 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	<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)	
	負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<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、相手はありますか。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	
	↓	
第三者届送付	処理日	担当者

(R6.10)

受付日付印