

健康保険

負傷原因 届

被保険者（届出者） 記入用

下記のとおり届出します。

申請日 年 月 日

負傷原因についてご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください														
	氏名	(フリガナ)																生年月日 年 月 日

※該当する□に☑を入れてください。

被 保 険 者 記 入 欄	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名)																
	傷病名																	
	負傷日時	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	・	<input type="checkbox"/> 午後	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 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 <input type="checkbox"/> 寄り道等無)																
	負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input 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 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?	相手: <input type="checkbox"/> 有	→	あなたは: <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者	※相手がいる負傷の場合は、「第三者行為による傷害事故届」等の届出が必要です。													
	治療経過	年	月	日	現在	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続中	<input type="checkbox"/> 中止										
治療期間	年	月	日	から	年	月	日	まで										

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。