

負傷原因届

負傷(ケガ)による給付申請には下記負傷原因届のご提出が必要です
(業務上・通勤途上・第三者行為が原因の場合は別の書類が必要です)

健康保険 負傷原因 届				
学研健康保険組合 理事長 殿				
令和 年 月 日提出		被保険者(申請者)・専業主記入用		
被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号	番号	生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和
	氏名	(フリガナ)		
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 - ()		
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 type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 続柄)		
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択してください	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 → 法人役員の方、労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他		
	傷病名			
	負傷日時			
	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"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし)		
	負傷場所	<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	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(口喧嘩行事 <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。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"/> 有り <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です	
	負傷した時の状況を具体的に記入ください			
	治療経過	年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで			
専業主記入欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ専業主の記入を受けてください			
	事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	事業内容
	業務(通勤)災害該当の理由	有・無 → 「無」の場合、その理由		
	事業所所在地	本人の申し立てのとおり 業務災害 通勤災害 に相違ないことを認めます。		
事業所名称	業行日付印			
専業主氏名				
電話番号				

◎負傷(ケガ)が原因で給付申請を行う場合

下記の給付申請を行う場合は、負傷原因届の添付が必要です。

- 療養費(立替払い)
- 療養費(治療用装具)
- 傷病手当金(初回申請時のみ)
- 埋葬料(費)
- 移送費

◎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となり、保険証は使えません。

労働災害に対して保険証使用した場合は、当組合まで必ずご連絡ください。

◎第三者行為による疾病・負傷(ケガ)の場合

第三者行為による傷病届の提出が必要です。(健康保険法施行規則第65条)

交通事故やけんか等の第三者による疾病・負傷(ケガ)の治療費は、本来は加害者が負担するべきものであるため、健康保険組合では一時的に医療費を立替え、被害者に代わって加害者に請求することとなります。
(健康保険法第57条 損害賠償権の代位取得)

必ず当組合までご連絡ください。

また、自損事故の場合もご連絡をお願いします。

健康保険 負傷原因 届

学研健康保険組合 理事長 殿

令和 〇年 〇月 〇〇日提出

被保険者(申請者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 123	番号 4567	生年月日 令和〇年〇月〇〇日
	氏名	(フリガナ) ケンベ ジロウ 健保 次郎		
	住所	〒143-〇〇〇〇 東京都品川区〇〇五反田1-2-3		
	電話番号 (日中の連絡先)	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		

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 ② 負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む □を選択してください	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名) 続柄) <input checked="" type="checkbox"/> 正社員、契約、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他	法人役員の方、労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	傷病名	骨折	
	負傷日時	令和〇年〇月〇日	
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休月中 <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"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし)	
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(口職場行事 <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"/> 有り <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です
	負傷した時の状況を具体的に記入ください	外出時、路上にて順き転倒した	
	治療経過	令和〇年〇月〇〇日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	
	治療期間	令和〇年〇月〇〇日 ~ 年 月 日まで	

事業主記入欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください			
	事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	事業内容
	業務(通勤)災害 該当の確認	有・無	▶ 「無」の場合、その理由	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	本人の申し立てのとおり 業務災害 通勤災害 に相違ないことを認めます。		

① 保険証に記載されている記号・番号を記入してください



② 負傷した方について記入してください。

被保険者 : 本人
被扶養者 : 家族

労災・通災・第三者行為による負傷(ケガ)の場合は、必ず当組合にご連絡ください

③ 業務災害または通勤災害に該当する場合は、事業主に記入を依頼してください