負 傷 原 因 届

健康保険法第 59 条により、下記の通り届けます。

被保険者	記号番号	ー	氏名		連絡先	
	住所	〒				
	被保険者が勤務する事業所				所属	
事故該当者	本人の場合	氏名			生年月日	年　月　日
	被扶養者の場合	氏名			生年月日	年　月　日
		職業			続柄	

事故該当者の治療状況	①医療機関名		主傷病名	
	治療期間	自：　年　月～至：　年　月	治療区分	治療中　・　治癒　・　転院
	病院の住所	〒		
	②医療機関名		主傷病名	
	治療期間	自：　年　月～至：　年　月	治療区分	治療中　・　治癒　・　転院
	病院の住所	〒		
	③医療機関名		主傷病名	
	治療期間	自：　年　月～至：　年　月	治療区分	治療中　・　治癒　・　転院
	病院の住所	〒		

《事故発生内容》

発生年月日	年　月　日　ＡＭ・ＰＭ　時　分頃		
発生場所			
第三者（相手）の行為で	ある（相手先判明・不明）　ない	交通事故で	ある（相手先判明・不明・自損）　ない
負傷したときの状況	１．出勤途中　２．勤務中　３．勤務日の休憩中　４．社用外出中 ５．帰宅途中（ 自宅直行 ・ 寄り道途中 ）　６．私用中　７．学校の授業中 ８．部活動中　９．通学中　１０．アルバイトやパートに行く途中 １１．その他（　　）		
負傷の原因について	何をしているとき、どこをどのようにして負傷したのか、できるだけ詳しくご記入下さい。		

上記のことは事実であることをお届けします。

年　月　日

被保険者氏名　　㊞

注）1. 負傷原因が第三者（相手）の行為により生じた場合は、「第三者行為による傷病届」が必要です。

2. 交通事故の場合は、「自損事故による傷病届」または「第三者行為による傷病届」と交通事故証明書（原本）が必要です。

3. 負傷原因が業務上または通勤途上（往路・帰路）により生じたときは、別途書類が必要となりますので、お申し出下さい。

勤務先が労災保険に加入の有無　有　無

201904