

常務理事	事務長	事務次長	課長	担当者

負 傷 原 因 届

被 保 険 者 証 記 号 番 号	記 号	番 号	生 年 月 日	昭・平	年	月	日
被 保 険 者 氏 名	⑩ 自署の場合は押印が省略できます						
住 所・電 話 番 号	〒 -			TEL	()		

負 傷 した 方 の 氏 名	被保険者との続柄 ()		
負 傷 日 時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃		
負 傷 場 所	☐ 会社内・ ☐ 路上・ ☐ 駅構内・ ☐ 自宅・ ☐ その他 ()		
負 傷 した 時 間 帯 (状況)	☐ 勤務時間中 ☐ 勤務日の休憩中 ☐ 出勤前 ☐ 帰宅後 ☐ 私用中 ☐ その他 ()		
	☐ 通勤途中 (☐ 出勤 ☐ 退勤 / ☐ 寄り道等有り ☐ 寄り道等無し)		
	寄り道した場所 ()		
負 傷 原 因 に つ い て (負傷した時の状況を具体的に記入ください)			
傷 病 名		診療開始年月日	
医 療 機 関 名 称			
医 療 機 関 所 在 地			

事業所の記載事項 (被保険者が負傷した場合ご記入ください)	1. 就 業 時 間	時 分 ~ 時 分
	2. 負傷日の勤務について	出勤 休暇
	3. 被 保 険 者 の 業 務 内 容 (具体的に)	
	事業所所在地 事業所名称 事務担当者氏名 電 話 番 号 ()	

(注)①負傷原因が第三者の行為により生じた時は、この届のほかに「第三者の行為による傷病届」と警察の事故証明書等が必要となりますので、詳細については健保組合までお問い合わせください。

受 付 日 付 印

②自損事故の場合は、この届のほかに「自損事故による負傷届」が必要です。

③負傷場所・負傷した時間帯については、該当箇所の口欄に☑をしてください。