

負傷原因届(1) A (本人記入)

【注 1】 交通事故の場合は B: 事故発生状況報告書、C: 念書、D: 誓約書(相手がいる場合)、交通事故証明書を添付して下さい。

① 被 保 険 者 ・ 負 傷 者	被保険者 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	年 月 日生
	被保険者 住所・連絡先	〒 - 電話 () -			負傷者の 職 種(具体的に)
	日中連絡先	(勤務先・携帯) 電話 () -			
	負傷者が被扶養者(家族) であるときはその者の氏名	年 月 日生			続 柄
② 負 傷 (事 故) 発 生 状 況	発生年月日	年 月 日 曜日 時 分頃			出勤日 休日 その他()
	発生場所	原 因	※ いずれかに○をして下さい。(複数可) 仕事中 出社途中 退社途中 私用中 不詳 第三者行為(交通事故等) 自己の過失(単独事故等)		
	傷病名				
	負傷内容について具体的にご記入ください			負傷現場の見取図 (交通事故の場合は B 事故発生状況報告書にも記入して下さい)	
	・何のために(目的)				
・どこからどこへ行く時(場所)					
・何をしていた(原因)					
・どうなったか(内容)					

以下の欄は、記入不要です (健康保険組合が記入いたします)

健 康 保 険 組 合 記 入 欄	常務理事	事務長	担当者	起案	決裁
				年 月 日	年 月 日
	下記負傷原因届により当事者からの報告に基づき調査しました結果 1. 業務災害(健康保険法 第1条) 2. 通勤災害(健康保険法 第55条) 3. 第三者加害行為(健康保険法 第57条) 4. 故意・不注意事故(健康保険法 第116条、第117条) に 【 該当・不該当 】 すると思われますので、 【 保険給付・保険給付外・求償・保険給付制限 】 してよろしいかお伺い申し上げます。 (理由)				

負傷原因届(2)

A (本人記入)

③ 受診医療機関情報	医療機関名称	所在地・電話		治療期間(入院・通院)		診療費の支払方法		
		電話() -		入院: 月 日～ 通院: 月 日～		健康保険・自賠責保険・自費 その他()		
		電話() -		入院: 月 日～ 通院: 月 日～		健康保険・自賠責保険・自費 その他()		
		電話() -		入院: 月 日～ 通院: 月 日～		健康保険・自賠責保険・自費 その他()		
	年 月 日 現在 治ゆ・中止・治療中		治ゆ見込み		負傷年月日から 約 ヶ月 日後			
後遺症		残らない・残る(残る場合はその程度)→						
④ 第三者行為及び自損事故(単独事故)による傷病の場合記入	警察への届出		届出済(所轄署 警察署・派出所)・届出なし					
			事故証明書	発行(済・未・無)	相手方の有無	有(下記に詳細を記入)・無		
	相手方	氏名			生年月日	年 月 日生		
		住所					電話() -	
		勤務先名称					電話() -	
		相手方の状況	仕事中・私用中・その他()・不明(その理由)					
	自動車事故のとき(相手方車両)	自動車保有者	氏名			相手方との関係	本人・その他()	
			住所					
		保険契約者	氏名			相手方との関係	本人・その他()	
			住所					
		自動車の区分	区分(車種)			登録番号(ナンバー)		
		自賠責保険		加入の有無		有・無		
		保険会社の名称・連絡先		電話() -				
		保険会社の所在地						
		自賠責保険証明書番号		第 号	契約期間		年 月 日～ 年 月 日	
任意保険		加入の有無		有・無				
保険会社の名称(支店名)・連絡先		支店 電話() -						
保険会社の所在地		担当者氏名						
自動車保険証書番号		第 号	契約期間		年 月 日～ 年 月 日			
自動車事故のとき(当方車両)	自動車保有者	氏名			保有者との関係	本人・その他()		
		住所						
	保険契約者	氏名			契約者との関係	本人・その他()		
		住所						
	自動車の区分	区分(車種)			登録番号(ナンバー)			
	任意保険		加入の有無		有・無	人身傷害補償保険の付帯	有・無	
	保険会社の名称(支店名)・連絡先		支店 電話() -					
	保険会社の所在地		担当者氏名					
自動車保険証書番号		第 号	契約期間		年 月 日～ 年 月 日			
示談等の状況	年 月 日 成立		年 月 日 本訴・調停・和解・申請中		年 月 日 結審			
	(示談成立しているときはその写しを添付して下さい。)							

