

整理番号

号

年 月 分

負傷原因報告書（一般）

貴組合より照会のあった受診内容について以下の通り、回答します。

年 月 日

被 保 険 者	記号		番号		氏名		
	事業所名						
	自宅住所	〒					
	電話番号	自宅・会社・ 携帯 ()				連絡希望先	自宅・会社 ・携帯
受診者	氏名				続柄		
負傷年月日	平・令 年 月 日		午前・午後		時 分 頃		
当日の勤務時間	時 分		～	時 分		まで	
場 所	会社内・自宅・学校内・乗物の中・ その他()						
状 況	勤務時間中・社用出張中・通勤途中(行・帰)・ 車運転中・車同乗中・学校のクラブ活動中・ その他()						
どのような事故が おきましたか							
負 傷 名							
受診医療機関名	① ② ③						
原因 ① ※ 1	第三者からの加害行為である ・ ちがう						
損害賠償請求の 有 無	請求した ・ 請求していない						
原因 ② ※ 2	業務中(通勤・出張を含む)のけがである ・ ちがう						
労災申請の 有 無	勤務先に届けた ・ 届けていない						

※1 「第三者からの加害行為」である場合は、すみやかに「三者行為による傷病届」を健保事務局に提出し、必要な手続きをとって下さい。

※2 業務中(通勤・出張含む)のけがは健康保険を使用できません。すみやかに勤務先に届けたうえ、別途「健康保険 負傷原因届(労災で健康保険を使用した場合)」を健保事務局に提出し、健保負担分を精算して下さい。