

負傷原因届の記入について

負傷（ケガ）がもとで各種の給付申請をする場合は、負傷原因届の提出をお願いいたします。
ご提出いただけないと、給付金の支払いを保留するなど適正な保険給付の決定を行うことができない場合があります。業務外のケガや自損事故によるものと思われる場合でも届出が必要になります。
疾病・ケガが第三者の行為によるものであるときは、併せて「第三者の行為による傷病届」の届出が必要です。

こんなときに負傷原因届をご提出ください

負傷（ケガ）がもとで、右記の給付を申請する際にその給付申請書の添付書類として負傷原因届を提出します

- 療養費支給申請書A（治療用装具）
- 療養費支給申請書D（保険証不携帯等）
- 限度額適用認定申請書（高額療養費）
- 傷病手当金
- 移送費

業務上・通勤途上の疾病・ケガの場合

●労災保険からの給付が原則

健康保険では、業務上または通勤災害による疾病・ケガに対して保険給付は行いません。
この場合、労災保険（労働災害補償保険）の給付の対象となります。
ただし、労災保険の給付対象とならない場合には、健康保険で保険給付を行います。

●業務上・通勤途上でケガをしたら、会社へ連絡してください

保険証を提示して診療を受けるまえに、事業所の労災担当の方にご連絡をお願いします。
（労災保険に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定を行います）

第三者の行為による疾病・ケガの場合

●他人の行為によって、ケガした場合は「第三者の行為による傷病届」を提出

業務上や通勤途上以外の交通事故、ケンカ、他人の飼い犬等にかまれたときなど、第三者の行為によって起こった疾病・ケガは、本来加害者が治療費を負担するべきですが、保険証を提示して診療を受けることもできます。その際は、すみやかに健保までご連絡をお願いします。

●「第三者の行為による傷病届」が必要な理由

交通事故やケンカ等の第三者の行為による疾病・ケガの治療費は、本来加害者が負担するべきものです。
保険証を使って診療を受けた場合、カシオ健保が加害者に代わって医療費を立て替えたこととなりますので、その費用を加害者または損害保険会社などに請求します。（損害賠償権の代位取得）
このため、すみやかに傷病届をご提出いただく必要があります。

負傷原因届

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	課長	担当者
保険給付・自損・第三者・労災・スポーツ災害			
保険診療費		円	
高額・付加金の有無		円	

(和暦) 年 月 日提出

被保険者	記号・番号	記号	番号	氏名		
	現住所	〒				
	事業所・部署名 日中の連絡先	メールアドレス: Tel:				
負傷者	負傷した方 (本人・家族)	氏名	続柄	生年月日 (和暦)	年 月 日 (歳)	
		勤務形態 <input type="checkbox"/> 会社員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()				
被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名					
	治療状況 (和暦)	病院名			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
		治療経過	年 月 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			
		治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
	負傷日時 (和暦)	年 月 日 午前・午後 時 分頃 <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(休暇含む) <input type="checkbox"/> 登校日 <input type="checkbox"/> その他()				
	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"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道あり <input type="checkbox"/> 寄り道なし)				
		<input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 部活動中 <input type="checkbox"/> 休み時間中				
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
		※学校の管理下におけるケガに該当する場合は、「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受けますか? <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない 理由()				
負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(自転車事故含む) ⇒ (<input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者との事故) ※別途届出あり					
	<input type="checkbox"/> 暴力 (<input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> 暴行を受けた)					
	次にあてはまるものがありますか? <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 体育・部活 <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> どれにもあてはまらない					
事故相手の有無	事故相手はいますか? また相手がいる場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか? 相手: <input type="checkbox"/> 有り (あなたは <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者) <input type="checkbox"/> 無し					
負傷した時の状況を具体的に記入してください						

- 負傷した原因が、自損による交通事故の場合、「自損事故発生状況報告書」の提出をお願いすることがあります。
- 負傷した原因が、他人の行為による場合、「第三者の行為による傷病届」の届出が必要となります。⇒ 健保よりご連絡いたします。
- 業務上、通勤途上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、事前に事業所へご確認ください。
- 「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受ける場合、付加給付金は支給いたしません。(高額療養費は支給)

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

負傷原因届

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	課長	担当者
健保記入欄			
			災害
高額・付加金の有無			

(和暦) 令和 XX 年 ○○ 月 △△ 日提出

被保険者	記号・番号	記号	1101	番号	88888	氏名	健保 太郎	
	現住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町 1-1						押印は不要ですが自署でご記入ください。
	事業所・部署名	〇〇株式会社 本社 〇〇部〇〇グループ						
日中の連絡先	メールアドレス:	〇〇〇@casio.co.jp				TEL:	03-0000-0000	
負傷者	負傷した方 (本人・家族)	氏名	健保 太郎		続柄	本人	生年月日 (和暦)	昭和50 年 3 月 5 日(40 歳)
		勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()					
被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名	肋骨骨折						
	治療状況 (和暦)	病院名	〇〇整形外科					<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来
		治療経過	平成 27 年 10 月 1 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	平成 27 年 9 月 12 日 から 年 月 日まで					
	負傷日時 (和暦)	平成 27 年 9 月 12 日 午前・午後 10 時 分頃						
	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日(休暇含む) <input type="checkbox"/> 登校日 <input type="checkbox"/> その他()						
		<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 checked="" type="checkbox"/> 私()						
<input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道あり <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 部活動中 <input type="checkbox"/> 休み時間中								
負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() ※学校の管理下におけるケガに該当する場合は、「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受けますか？ <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない()							
負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(自転車事故含む) ⇒ () <input type="checkbox"/> 暴力(<input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> 暴行を受けた) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 体育・部活 <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの) <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"/> どれにもあてはまらない							
次にあてはまるもの がありますか？	<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"/> どれにもあてはまらない							
事故相手の有無	事故相手はいますか？ また相手がいる場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか？ 相手: <input type="checkbox"/> 有り (あなたは <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者) <input checked="" type="checkbox"/> 無し							
負傷した時の状況を 具体的に記入して ください	自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまい、肋骨を骨折しました。 どこで何をしていたら、どんな状況で、体のどこの箇所を どのように負傷したのか記入してください							

業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定を行いますので詳しくは事業所または、労働基準監督署にお問合せください

日本スポーツ振興センター災害共済給付金を受ける場合、健保の付加給付金は支給いたしません。(高額療養費は支給)

- 負傷した原因が、自損による交通事故の場合、「自損事故発生状況報告書」の提出をお願いすることがあります。
- 負傷した原因が、他人の行為による場合、「第三者の行為による傷病届」の届出が必要となります。⇒ 健保よりご連絡いたします。
- 業務上、通勤途上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、事前に事業所へご確認ください。
- 「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受ける場合、付加給付金は支給いたしません。(高額療養費は支給)

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

確認して✓記入。