

ケガでの申請の場合はこちらにも記入してください

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	担当者	

## 傷病手当金申請に伴う負傷原因届

※ 同意書の提出は必須です。

※ 日付は全て和暦でご記入ください。

(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:	
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				□入院 □外来	
		治療経過	年 月 日 現在 □治療 □治療継続中 □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
	負傷した時間帯 (状況)	□出勤日 □休日(休暇含む) □その他( )					
		□勤務時間中 □勤務日の休憩中 □出張中 □私用中					
		□通勤途中 ( □出勤 □退勤 / □寄り道なし □寄り道あり( ) ) □その他( )					
	負傷場所	□会社内 □路上 □駅構内 □自宅					
		□その他( )					
負傷原因	□交通事故(自転車事故含む) ⇒ ( □自損事故 □第三者との事故 ) ※別途届出あり						
	□暴力 ( □ケンカ □暴行を受けた )						
	□スポーツ中 ( □職場の行事 □任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの )						
	□動物による負傷 ( 飼い主: □有 □無 ) □どれにもあてはまらない						
労災該当の有無	□該当する □該当しない □申請予定						
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: □有り ( あなたは □被害者 □加害者 ) □無し						
負傷した時の状況を具体的に記入してください							

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。