

1

健康保険 傷害事故届 (負傷の原因届)

被保険者(申請者)記入用

外傷性疾病(ケガ・やけど等)で限度額適用認定証を申請する場合は、必ず本文書を添付してください。

記載欄 事業主(印)	適用事業所記号		健康責任者	健保担当者	所属上長	庶務係
	健保担当者 電話番号		事業所の健保担当者 が記入願います		事業所の健保業務責任者、 担当者が記名する (押印可)	
					職場に提出の場合、 受取の確認のために 記名する(押印可)	

記入日: 令和 4年 x x月 x x日

被保険者情報	会社名	東芝 ○○○ (株)	保険証を見ながら正しく 記入する	被保険者証		
	所属	○○部 ○○課		記号	番号	
	氏名	(フリガナ) トウシバ タロウ 東芝 太郎		1 0 0	1 2 3 4 5 6 7	
	住所	〒 999 - 9999 神奈川県川崎市○○区□□町 X X 番地		生年月日		
電話番号	電話番号 044 (xxx) xxxx		4	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	x x 0 5 0 1	

□がある項目は必ずいずれかにチェック☑をお願いします

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 [氏名]
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
	傷病名	右膝前十字靭帯損傷
	負傷日時	令和 4 年 X X 月 X X 日 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 X X 時 X X 分頃
	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"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 学校生活中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し) <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他()
	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()
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ <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"/> その他(転倒)
	負傷時の飲酒の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 飲酒無し <input type="checkbox"/> 飲酒あり
	相手はいますか。 また、その場合は、あなたは被害者ですか、 加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	※相手がいる負傷の場合は 「第三者行為による負傷届」の 届出が必要です。 買い物をして両手に荷物を持って帰ってきた際、 玄関先の段差を踏み外し、バランスを崩して転倒した。
治療経過	令和 4 年 X X 月 X X 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで・ <input checked="" type="checkbox"/> 未定	

健保記載欄	常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

東芝健康保険組合

(本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。)

(K0501-H)

1/1