

健康保険負傷原因届

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日				
	被保険者証の (右づめ)			元号 	年 	月 	日
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 -)		都道府県			
電話番号 (日中の連絡先)	()						

被 保 険 者 又 は 負 傷 し た 方 が 記 入 す る と こ ろ	負傷した方	☐ 被保険者	☐ 被扶養者	氏名	
	病名				
	負傷日時	年 月 日 ☐ 午前 ☐ 午後 時頃			
	負傷した時間帯 (状況)	☐ 勤務時間中 ☐ 勤務日の休憩中 ☐ 出張中 ☐ 私用中 ☐ その他 [] ☐ 通勤途中 [☐ 出勤 ☐ 退勤 / ☐ 寄り道等有り ☐ 寄り道等無し]			
	負傷場所	☐ 職場内 ☐ 路上 ☐ 駅構内 ☐ 自宅 ☐ その他 []			
	負傷原因	☐ 交通事故 ☐ 暴力 (ケンカ) ☐ 動物による負傷 [飼い主: ☐ 有 ☐ 無] ☐ あてはまらない ☐ スポーツ中 [☐ 職場行事 ☐ 職場行事以外]			
	原因がある方のみ回答	相手 ☐ 有 → ☐ あなたは被害者 ☐ あなたは加害者 ☐ 無 ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。			
	負傷した時を具体的に				
	治療経過	年 月 日 現在 ☐ 治癒 ☐ 治療中 ☐ 中止			
	治療期間	年 月 日 から 年 月 日			

事 業 主 証 明 欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。		
	事業所の労災適用	☐ 有 ☐ 無	
	業務 (通勤) 災害該当の確認	☐ 有 ☐ 無 →	「無」の場合その理由
	上記本人の申し立てのとおり	☐ 業務災害 ☐ 通勤災害	に相違ないことを認めます。
	〒 -		
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()		

受付日付印

交通事故やケンカ等の第三者による疾病・負傷 (ケガ) の治療費は、本来加害者が負担すべきものです。被保険者証を使って治療を受けた場合、愛知県農協健康保険組合が加害者に代わって医療費を立て替えたことになりますので、その費用を加害者または損害保険会社に請求します。このため、すみやかに届出をご提出していただく必要があります。
届出がない場合は、付加金の支給停止・診療に要した費用の全額を被害者 (愛知県農協健康保険組合の被保険者) からご返還いただく場合もありますので、必ずご提出ください。