

健康保険負傷原因届

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 9 9 9 9	番号 1 1 1	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい					
	氏名	(フリガナ) ケンボ アキコ	健保 秋子		生年 月日	元号 平成	年 03	月 11	日 23
	住所	(〒 000 - 0000)	愛知 都 道 府 県		〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号				
電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000	〇〇〇マンション〇号室							

被 保 険 者 又 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				
	病名	左尺骨突き上げ症候群						
	負傷日時	令和〇年4月17日		<input type="checkbox"/> 午前	<input checked="" type="checkbox"/> 午後	3 時頃		
	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 checked="" type="checkbox"/> 私用中	<input type="checkbox"/> その他 []		
	負傷した時間帯 (状況)	<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]						
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 職場内	<input type="checkbox"/> 路上	<input type="checkbox"/> 駅構内	<input type="checkbox"/> 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> その他	体育館	
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 暴力 (ケンカ)	<input type="checkbox"/> 動物による負傷 [飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無] <input type="checkbox"/> あてはまらない				
	負傷原因	<input checked="" type="checkbox"/> スポーツ中 [<input type="checkbox"/> 職場行事 <input checked="" type="checkbox"/> 職場行事以外]						
原因がある方のみ回答	相手	<input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> あなたは被害者	<input type="checkbox"/> あなたは加害者			
原因がある方のみ回答	<input checked="" type="checkbox"/> 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	バレーボール練習中に転倒し、手をついた時に負傷。							
治療経過	令和〇年7月5日 現在		<input checked="" type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 中止			
治療期間	令和〇年4月17日 から 令和〇年5月20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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
	業務 (通勤) 災害該当の確認	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	→	「無」の場合その理由			
	上記本人の申し立てのとおり	<input type="checkbox"/> 業務災害	に相違ないことを認めます。					
		<input type="checkbox"/> 通勤災害						
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となりますので、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。