

常務理事	事務長	担当

健康保険負傷届

本人・家族

被保険者記号・番号		氏名	印	
被扶養者が負傷した 場合	氏名		被保険者との続柄	
負傷した場所 (詳細に記入)	事業所内・通勤途中・その他(いずれかに○)			
負傷の原因	事故・他人の加害行為・原因不明・その他			
負傷した時の状況 外出した目的から 記入して下さい。 (詳細に記入)	何のために何をしているうちに、どんなふうに どうなったかを 記入。			
病院・診療所等で 受診されたか。	受けた・受けなかった。(どちらかに○) 医療機関名称 医療機関所在地			
診療費の区分 (該当する事項に ○をする)	健康保険でかかった。 事業主が払った。 健康保険を使わず被保険者が払った。労災保険でかかった。 その他 ()			
学校の監督下で 負傷した場合	学校災害共済保険給付金受給申請の有無 (有・無 どちらかに○)			
診療を受けた期間	平・令	年	月	日から
	平・令	年	月	日まで
傷病の状況	現在の状況		治癒 治療中	