

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	1-123456	氏名	住友 太郎	<input checked="" type="checkbox"/>
被扶養者が負傷した場合	氏名	住友 花子	被保険者との続柄	妻
負傷した場所 (詳細に記入)	事業所内・通勤途中・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (いずれかに○) <b>自宅近くの公園</b>			
負傷の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <b>子供と遊んでいる時に転倒した。</b>			
病院・診療所等で 受診されたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けなかった。(どちらかに○) 医療機関名称 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院 医療機関所在地 <b>東京都中央区晴海</b> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			
診療費の区分 (該当する事項に ○をする)	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険でかかった。 <input type="checkbox"/> 事業主が払った。 <input type="checkbox"/> 健康保険を使わず被保険者が払った。 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) どちらかに○)			
診療を受けた期間	平・ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日から 平・ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日まで	現在の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中	
傷病の状況	<b>肩の打撲</b>			