

※ 傷病手当金の第1回目の請求で、傷病名がけが(負傷)による請求の場合は添付してください。
(第2回目以降の請求時は提出不要です)

横浜ゴム健康保険組合御中

健康保険 負傷原因 届

被 保 険 者	被保険者証	記号	氏名
		番号	
	住所	(〒 ー) 都道 府県	
	電話番号(日中の連絡先):		()

傷病名			
負傷日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	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 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 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"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		
負傷原因として あてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 上記の何れもあてはまらない		
上記の負傷原因に あてはまる項目がある場合 相手の有・無、等について	相手は: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ↓ あなたは: <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者	※ 相手がいる負傷の場合 (加害・被害を問わず)別途 「第三者の行為による負傷届」 の提出が必要です。	
負傷したときの状況を 具体的にご記入ください			
治療の経過	令和 年 月 日現在	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止

健保使用欄

健保受付印