

健康保険組合 負 傷 届					常 務 理 事	事 務 長	担 当
提出日 令和 年 月 日							
被保険者等記号・番号	—	被保険者氏名	生年月日	S ・ H 年 月 日	負傷者氏名	生年月日	S ・ H ・ R 年 月 日
事業所名称及び所属部署 電話番号（日中の連絡先）	TEL ()						
負 傷 日 時	令和 年 月 日 曜日 午 前 ・ 午 後 時 分頃						
負 傷 場 所						飲酒運転の有無（ 有 ・ 無 ）	
負傷の原因及び状況を詳しく書いて下さい。 （略図でも可） 何の用務で何をしていた時 （どうしていた時） どうして怪我をしたか （させられたか） また、第三者がいる場合は相手に医療費を請求できない理由を書いて下さい。	自 車 相手車 自転車 バイク 信 号 進行方向 人 間 一時停止						
治療を受けた医療機関名 診 療 期 間	【医療機関名】 【診療期間】 令和 年 月 日 より 年 月 日まで（予定）						

添付書類・・・事故証明書

- 【注意】
- ・第三者による事故で相手側に医療費を請求できる場合は「第三者による負傷届」を提出して下さい。
 - ・業務（通勤）上の負傷の場合は労災の為、健康保険証は使えません。
 - ・負傷が発生した場合はすみやかに届出を提出して下さい。
 - ・負傷者が被保険者本人の場合、必ず負傷届を会社へ提出してください。

【受 付 印】

上記の通りお届けします。
被保険者氏名 （署名お願いします）

上記の通り業務上の疾病（負傷）でない事を証明いたします。
[＊被保険者が負傷した場合下記事業主証明お願いします]

事業主
所在地
名称
氏名