

負傷原因報告書

※交通事故等の第三者の行為による負傷の場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要ですので、当健保組合にご連絡ください。(神戸機械金属健康保険組合 078-360-5131)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		被保険者の生年月日			事業 所 の 名 称	電話番号
	・		昭和・平成 年 月 日				
	被保険者の氏名		(フリガナ)				
	被保険者の住所		郵便番号		(フリガナ)		
	負傷(発病)者の氏名					続柄	
	傷病名		負傷(発病)した日時		平成・令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分ごろ		
	負傷(発病)した場所		都・道府・県		市・郡 町・村		
			○で囲んでください 会社内・休憩時間の外出時・出張または仕事の外出時・通退勤の途中 自宅内・休日の外出時・その他()				
	負傷(発病)の原因および状況を詳しく						
	スポーツ中の負傷の場合		1. 会社の部活動・プロスポーツ 2. 社内行事のスポーツ大会 (強制参加・任意参加) 3. 任意参加のサークルまたは個人の趣味でしているもの 4. その他 ()				
	スキー・スノーボードによる事故の場合		1. 第三者との接触による事故 2. 単独事故 (自分ひとりによる転倒など)				
	被扶養者の負傷の場合		1. パート・アルバイト先での業務中または通勤・退勤の途中での負傷 2. 無職				
	第三者行為によるものですか		0. いいえ		相手が判明している場合はその方の		氏名:
			1. はい (相手判明) 2. はい (相手不明)				住所:
						連絡先: TEL	
治療を受けた医療機関名					初診日 平成・令和 年 月 日		
					現在治療中・治癒・転院		

事業所の記載事項	※会社内または通退勤の途中で負傷された場合は、下記の事業所の記載事項欄が必要です。	
	負傷した日の就業の有無について	1. 出勤 ・ 2. 休業 (欠勤・公休)
	被保険者の仕事の内容 (具体的に)	
	業務災害 (通勤災害) 該当の確認	1. 有 () 労働基準監督署 ・ 2. 無
	上記「2. 無」の場合、その理由	
事業所所在地		
事業所名		
事業主氏名		

- 【注意】①負傷(発病)した場所が会社内、出張または仕事の外出時、通退勤の途中の場合は 受付日付印
労働者災害補償法による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、
事業所のご担当者にご確認ください。
- ②負傷(発病)したときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。
- ③交通事故等の第三者の行為による場合は、事前に健康保険組合にご連絡ください。