健康保険　# 負　傷　原　因　届

常務理事	局　長	課　長	主　任	係

被保険者について	記　号		番　号		※被扶養者が負傷した場合には↓の太枠内もご記入下さい。		
	フリガナ 氏　名	㊞	被扶養者	フリガナ 氏　名		続柄	
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日生		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日生		
	住　所	〒　　－ 電話　　（　　）					

負傷による事実関係について	負傷した日時は	平成・令和　　年　　月　　日（　曜日）□午前・□午後　　時　　分
	負傷した日は	□出勤日　□休日（定休日・休暇含む）　□その他（　　）
	負傷した時間帯は	□出勤途中　□勤務時間中　□勤務日の休憩・食事中　□社用外出中 □退勤途中（□自宅直行・□寄り道[買物・食事等]）　□私用　□その他（　　）
	負傷した場所は	□勤務地　□自宅　□その他（　　）
	負傷した時の状況を具体的に記載してください。	
	負傷をした原因であてはまるもの	□交通事故　□スポーツ中（□職場行事　□職場行事以外） □暴力（ケンカ等）　□その他（　　）
	負傷者が被扶養者の場合、その職業は	□パート・アルバイト等　□児童・学生・生徒等　□無職　□その他（　　）

負傷傷病名	①	受診医療機関名　（　　）
	②	診療期間：平・令　年　月　日～平・令　年　月　日
	③	受診医療機関名　（　　）
	④	診療期間：平・令　年　月　日～平・令　年　月　日

神奈川県医療従事者健康保険組合　2019.5

※枠線内の該当箇所の記載・□にチェック（レ）をしてください。
※負傷原因が第三者の行為によるものである場合、「第三者行為による負傷疾病の届」
　「念書」「交通事故証明書」等が必要です。

受付印

上記のとおり、相違ありません

年　　月　　日

届出者氏名　　㊞