

# 健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		昭和			
			平成			
			令和			
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒	-	)	都	道	
				府	県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			
本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	被保険者・被扶養者(氏名)					
	負傷した方の勤務形態 該当するものを含む を選択ください。	正社員、契約、派遣、パート、アルバイト 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 無職 その他( )	労災保険に特別加入 していますか。 している していない				
	傷病名						
	負傷日時	令和	年	月	日	午前・午後	時頃
	負傷した時間帯(状況)	勤務時間中	勤務日の休憩中	出張中	私用中	その他( )	
		通勤途中(	出勤	退勤 /	寄り道等有り	寄り道等無し)	
	負傷場所	会社内	路上	駅構内	自宅	その他( )	
	負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	交通事故	暴力(ケンカ)	スポーツ中(	職場行事	職場行事以外)	
		動物による負傷(飼い主: 有 無)	あてはまらない				
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: 有	あなたは被害者	相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。			
	無	あなたは加害者					
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。							
治療経過	令和	年	月	日	現在	治癒 治療継続中 中止	
治療期間	令和	年	月	日	から	令和 年 月 日まで	

事業主欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。					
	事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	名	事業内容	
	業務(通勤)災害 該当の確認	有・無	「無」の場合、その理由			
	事業所所在地	上記、本人の申し立てのとおり	業務災害 通勤災害	に相違ないことを認めます。		
	事業所名称	(〒	)			
	事業主氏名					
電話番号	(	)				
(R4.5)						
受付日付印						

## 負傷原因届の提出が必要なとき・・・

負傷(ケガ)がもとで以下の給付の申請をする際に、その給付の支給申請書の添付書類として、「負傷原因届」を提出します。

高額療養費、付加金  
療養費(立替払)  
療養費(治療用装具)  
傷病手当金  
埋葬料(費)、家族埋葬料  
移送費

印が付いたものは初回の支給申請時のみ、「負傷原因届」の提出が必要です。

### 【業務上・通勤途上の疾病・負傷(ケガ)の場合】

労災保険からの給付が原則

健康保険では、業務上または通勤途上による疾病・負傷(ケガ)に対して保険給付は行いません。この場合は、労災保険(労働者災害補償保険)の給付の対象となります。

健康保険から給付が行われる場合

ただし、健康保険の被保険者または被扶養者の業務上のケガについて、労災保険の給付とならない場合は、法人の役員として業務に起因するものを除き、健康保険の給付対象となります。

### 【第三者行為による疾病・負傷(ケガ)の場合】

業務上や通勤途上以外の交通事故、ケンカ、他人の飼い犬にかまれたなど、第三者の行為によって起こった疾病・負傷(ケガ)は、本来加害者が治療費を負担すべきですが、被保険者証を医療機関に提示して診療を受けることもできます。その際は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となりますので、速やかに健保組合へご連絡願います。

(TEL 03-5479-2220)

「第三者行為による傷病届」が必要な理由・・・

被保険者証を使って治療を受けた場合、健保組合が加害者に代わって医療費を立て替えたこととなりますので、その費用を加害者または損害保険会社などに請求します。(損害賠償権の代位取得)このため、速やかに届書を提出いただく必要があります。