

ご提出のお願い

この「負傷原因報告書」は健保組合では分らない、
 ・仕事中のケガ(労災)、通勤途上のケガ(通勤災害)
 ・交通事故、第三者行為など
 を判断し、労災保険の切り替えや損害保険会社に請求し、加害者に医療費の返還を求めたりするものです。

負傷原因報告書

照会 令和 年 月 日

負傷者	会社名		記号番号		—	
	傷病名	被保険者氏名				
		負傷者が被扶養者であるとき		氏名		
				続柄		
負傷年月日及び時間		年 月 日 午前・午後 時 分頃		あてはまるものに、○をつけてください。 工作中(パート・アルバイト含む) 通勤途上 不明 交通事故 加害者有り(相手判明・不明) 自分の不注意		
負傷した場所(自宅・会社・スーパーなど)						
負傷の原因	負傷発生状況	詳細記入してください				
		・なにをして				
		・なんのために				
		・どこからどこへ行くとき				
		・どこで				
チェックをつけてください		<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了・治癒(年 月 日)				
受診内容	受診月	医療機関名	受診開始日	受診日数	治療費	備考
会社 担当 者欄	工作中、通勤途上の傷病の場合 チェックをつけてください <input type="checkbox"/> 労災・通災として処理(※健保組合の返納通知書 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 確認中 <input type="checkbox"/> 非該当		確認欄 <input type="checkbox"/>			確認印
	備考欄					
上記の通り報告します。 令和 年 月 日 被保険者氏名				下記を確認の上、左に☑をご記入ください。 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		

⇒ 太枠内ご記入をお願いします ⇒

書 受診月の2ヶ月後以降に病院より請求される為、報告
 のお渡しにお時間いただきます ←

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿