

負 傷 届

(記入日: 令和 2 年 4 月 1 日)

① 被保険者証等 記号・番号	50	100	② 被保険者氏名	連合 太郎
③ 被保険者住所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町〇-△-□ (Tel: 06 - 1234 - 5678)			
④ ※ 被扶養者が負傷 した場合に記入	被扶養者 氏名	連合 花子		続柄 妻
⑤ 負傷状況	日時	令和 3 年 3 月 22 日 月 曜日 午前 9 時 30 分頃 午後		
	場所	自宅・会社内・道路上・その他 ()		
	何をしているとき	私用時間・勤務中・通勤(帰宅)途上・ その他 ()		
	どうしたのか (具体的に)	自宅階段の掃除をしている際に、滑って転倒し右手を突き骨折したもの。		
⑥ 負傷部位及び その程度など	(傷病名を記入してください。) 右手第5指剥離骨折 (治療見込期間等を記入してください。) すでに治癒・治療継続中 (今後の見込: 通院 10 日・入院 日)			
⑦ 診察(治療)を 受けた医療機関	所在地	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町1-2-3		
	名称	〇×〇×病院		
⑧ 第三者(加害者) があるときは その者の情報 (不明のときはその旨)	住所	〒 -		
	氏名	連絡先	- -	
⑨ 加害者との 示談の有無	有 (示談日: 令和 年 月 日) ・ 無 ※ 示談が成立しているときは、示談書の写しを添付してください。			
⑩ その他 (参考事項)				
令和 3 年 4 月 5 日 上記届出内容を確認いたしました。				
健康保険事務担当者 健保 ○子				

【注意事項】 ・交通事故(自損事故を含む)による場合は、警察発行の事故証明書を添付してください。
 ・加害者のいない事故のときは、⑧・⑨欄は斜線で抹消してください。
 ・負傷届の記載内容について、後日、照会及び追加書類の提出をお願いする場合があります。