健康保険　負傷原因報告書

被保険者記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

みづほ健康保険組合

該当する□を選択し「レ」を付けてください。

被保険者情報

被保険者証の	記号　　番号 ―				
氏　名	フリガナ	生年月日 □ 昭和 □ 平成	年	月	日
住　所	（〒　　―　　）		性別	□ 男 □ 女	
電話番号 （日中の連絡先）	TEL　　（　　）				

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	□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（　　）	労災保険に加入していますか。 □特別加入している □特別加入していない	
傷病名			
負傷日時	□平成 □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／□寄り道等あり／□寄り道等なし）		
負傷場所	□会社内　□路上　□駅構内　□自宅　□その他（　　）		
負傷原因 負傷原因で次にてはまるものがありますか。	□交通事故　□暴力（けんか）　□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：□あり　□なし） □あてはまらない		
上記に当てはまるものがある場合、相手はいますか。また、その場合、あなたは被害者です、加害者ですか。	相手　□あり　□なし　／　□あなたは被害者　□あなたは加害者 ※ 相手がいる負傷の場合は、別途「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。		
負傷した時の状況を具体的にご記入ください。			
診療を受けた病院等の名称			
治療経過	令和　　年　　月　　日現在　□治癒　□治療継続中　□中止		
治療期間	□平成 □令和　　年　　月　　日から　□平成 □令和　　年　　月　　日まで		

こんなときに負傷原因報告書をご提出してください。

負傷（ケガ）がもとで以下の給付を申請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報告書を提出します。

- 療養費（立替払い）
- 療養費（治療用装具）
- 高額療養費
- 傷病手当金
- 埋葬料・家族埋葬料
- 移送費

初回の支給申請時のみ、負傷原因報告書の提出が必要です。

受付印

被保険者証のマイナンバー記載欄／被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。