

負傷原因届

※外傷性のけが(骨折・捻挫等)で、限度額適用認定申請書・療養費支給申請書・高額療養費支給申請書・傷病手当金請求書を請求するときに添付してください。

被保険者情報	保険証の 記号番号	—	氏名			
	住所	〒 電話番号(日中の連絡先) ()				
被保険者または負傷した方の状況	本人の場合	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	被扶養者の 場合	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
		職業	<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()		続柄	
	負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃				
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	負傷した 時間帯(状 況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 社用外出中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道あり <input type="checkbox"/> 寄り道なし) <input type="checkbox"/> 学校の 授業中 <input type="checkbox"/> 学校の部活動中 <input type="checkbox"/> 通学中 <input type="checkbox"/> 学校の <input type="checkbox"/> パートやアルバイトの行き帰りの途中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	負傷原因で次 にあてはまる ものが ありますか?	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(けんか) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> あり (あなたは: <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	負傷した時の 状況を具体的 にご記入 ください。	何をしているとき、どこをどのようにして負傷したのか、できるだけ詳しくご記入ください。				
	治療期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで		治療 区分	<input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> 中止	
医療機関名			主傷病名			
病院の住所	〒 電話番号 ()					
エクセディ健康保険組合理事長殿 上記のことは事実であることをお届けします。 令和 年 月 日 被保険者の氏名						

(注意) 負傷原因が第三者(相手)の行為により生じた場合は、「第三者行為による傷病届」が必要です。