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	被保険者等の記号番号	1-11111		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	氏名	[illegible]			
	住所	[illegible] 3 号 電話番号（日中の連絡先）01（2345）6789			
被保険者または負傷した方の状況	本人の場合			生年月日	□昭和　□平成 年　月　日
	被扶養者の場合	氏名	健康 花子	生年月日	☑昭和　□平成　□令和 53 年 4 月 5 日
		職業	□パート　□アルバイト □学生　☑無職 □その他（　　）	続柄	妻
	負傷日時	□平成　☑令和〇〇年 5 月 1 日　☑午前　□午後 10 時 00 分頃			
	負傷場所	□会社内　□路上　□駅構内　☑自宅　□学校内　□その他（　　）			
	負傷した時間帯（状況）	□勤務時間中　□勤務日の休憩中　□社用外出中　□出張中　☑私用中 □通勤途中（□出勤　□退勤　／　□寄り道あり　□寄り道なし）　□学校の授業中　□学校の部活動中　□通学中 □パートやアルバイトの行き帰りの途中 □その他（　　）			
	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（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：□あり　（あなたは：□被害者　□加害者） ☑なし　□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。 自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまった			
	治療期間	□平成　☑令和〇〇年 5 月 1 日から □平成　☑令和〇〇年 6 月 5 日まで		治療区分	□治療継続中　☑治癒 □自宅療養中　□中止
	医療機関名	大阪病院		主傷病名	肋骨骨折
	病院の住所	〒123-4567 大阪市大阪区大阪町 2 丁目 3 番 4 号　電話番号 23（4567）8901			

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者の氏名　健康　太郎

（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。