

被保険者用

令和 年 月 日

同年月日 年 月 日		
常務理事	事務長	担当

殿

SUBARU健康保険組合 理事長

あなた（被保険者）が令和 年 月に 保険診療を受けた

（ ）の負傷原因について、必要がありますので

その状況を下欄に記入の上、 月 日までにご提出をお願いいたします。

傷 病 原 因 届

被保険者の 記号・番号・氏名		記号	番号	氏名	
被保険者の 現住所		〒			電話
事業所（会社）名称 ・被保険者の所属		事業所名称	所属	電話	
負傷の	日時	令和 年 月 日	午前	時	分頃
	場所	午後 町 番地付近			
負傷した場所		<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
負傷の原因		<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力（喧嘩） <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 遊んでいるとき <input type="checkbox"/> その他（ ）			
上記負傷の原因で 相手はいますか ※1		<input type="checkbox"/> 相手（第三者）がいる <input type="checkbox"/> 相手はいない（自傷、自損事故など）			
負傷したときの 状況 ※2					
診察を受けた 病院 または診療所	名称				診療費区分 健康保険 自己負担 加害者負担
	所在地				
治療経過		令和 年 月 日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		

※1 傷病の原因が相手方（第三者）の行為による場合には別途「第三者の行為による傷病届」に記入の上、必要書類を添付して提出をお願いいたします。

※2 負傷したときの状況については、
「自宅の庭で、薪を割っているうちに破片がとんで額を裂傷した」、
「道路を歩行中、後方より来た加害者運転の自動車に接触し負傷した」等
具体的に記入してください。

発生時の状況（いずれかに○をつけてください）			
①業務 時間内	②通勤/ 退勤時	③第三者行為 (交通事故等)	④ ①～③ 以外

上司確認欄 ※3
課/主査

必ず上司の確認を受けてから健保に提出してください。

※3 上司確認欄には、所属課名と上司の自筆署名を記入してください。

被扶養者用

令和 年 月 日

伺年月日	年	月	日
常務理事	事務長	担当	

_____ 殿

SUBARU健康保険組合 理事長

あなたの被扶養者（_____様）が令和_____年_____月に保険診療を受けた
 （_____）の負傷原因について、必要がありますので
 その状況を下の欄に記入の上、_____月_____日までにご提出をお願いいたします。

傷 病 原 因 届

被保険者の 記号・番号・氏名		記号	番号	氏名	
被保険者の 現住所		〒 _____ 電話 _____			
事業所（会社）名称 ・被保険者の所属		事業所名称	所属	電話 _____ 部 _____ 課 _____	
負傷者（被扶養者）		氏名	続柄	年齢	
負傷の	日時	令和_____年_____月_____日		午前	午後
	場所	_____ 時 _____ 分頃 _____ 県 _____ 市 _____ 町 _____ 番地付近			
負傷した場所		<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（_____）			
負傷の原因		<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力（喧嘩） <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 遊んでいるとき <input type="checkbox"/> その他（_____）			
上記負傷の原因で 相手はいますか ※1		<input type="checkbox"/> 相手（第三者）がいる <input type="checkbox"/> 相手はいない（自傷、自損事故など）			
負傷したときの 状況 ※2		_____ _____ _____			
診察を受けた 病院 または診療所	名称	_____			診療費 区分
	所在地	_____			
治療経過		令和_____年_____月_____日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			

※1 傷病の原因が相手方（第三者）の行為による場合には別途「第三者の行為による傷病届」に記入の上、必要書類を添付して提出をお願いいたします。

※2 負傷したときの状況については、
 「自宅の庭で、薪を割っているうちに破片がとんで額を裂傷した」、
 「道路を歩行中、後方より来た加害者運転の自動車に接触し負傷した」等
 具体的に記入してください。

発生時の状況（いずれかに○をつけてください）			
①業務 時間内	②通勤/ 退勤時	③第三者行為 (交通事故等)	④ ①～③ 以外

負傷者（被扶養者）がご自身の業務や通勤の際に負傷した場合は①あるいは②に○をつけてください。

相手方（第三者）の行為による場合は③に○をつけてください。