

被保険者用

令和 年 月 日

| | | |
|------------|-----|----|
| 何年月日 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 部 課 |
| 負傷の | 日時 | 令和 年 月 日 | 午前 時 分頃 午後 |
| | 場所 | 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 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 _____ | |
| 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 _____ 時 _____ 分頃 | | |
| | 場所 | _____ 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 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 |
| | | | |

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。

<傷病原因届に添付>

| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
|------|-----|----|----|
| | | | |

SUBARU健康保険組合 _____ 本部・支部

念 書

この度、別紙ご報告の通り、交通事故を起こし負傷致しました。

健康保険組合をはじめ関係各所には大変ご迷惑をかけ、深く反省しております。

今後、二度とこのような事故を起こさないこととお約束致します。

尚、今回の事故で別紙健保通達にあるご処置がありましても異議申し立て致しません。

令和 年 月 日

被保険者証記号・番号 _____

被保険者住所 _____

署名（自筆） _____

事業所欄

状況補足及び意見

令和 年 月 日

事業所責任者（ゴム印使用）

住所 _____

氏名 _____