



# 船員保険 負傷原因届

**負**

被保険者 (申請者)欄	①	被保険者証の 記号および番号										
	②	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)									
	③	生年月日	昭和 平成		年		月		日			
	④	住所	郵便番号			—				電話番号 (日中の連絡先)	( )	( )
			都 道 府 県									

被保険者または負傷した方が記入するところ	⑤	負傷した方	被保険者 被扶養者 (氏名 )															
	⑥	負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、パート、アルバイト、派遣 <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> 無職(学生を含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )								労災保険に特別加入 していますか。 <input type="checkbox"/> 特別加入している <input type="checkbox"/> 特別加入していない							
	⑦	傷病名																
	⑧	負傷日時	令和		年		月		日	(午前) (午後)	時頃							
	⑨	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤 ) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ( )															
	⑩	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )															
	⑪	負傷した状況	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <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(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない															
	⑫	相手の有無についてご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※相手がいる負傷の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。															
	⑬	負傷した時の状況を 具体的にご記入ください。																
	⑭	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							
	⑮	治療期間	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日	まで

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄 R4.1

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

---

# 記入例

# 負傷原因届

全国健康保険協会 船員保険部  
船員保険

## 船員保険 負傷原因届

負

被保険者(申請者)欄	① 被保険者証の記号および番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3
	② 被保険者の氏名(申請者)	(フリガナ) センボ、タロウ 船保 太郎
	③ 生年月日	昭和 平成 3 1 0 2 1 1
	④ 住所	郵便番号 1 0 2 - 8 0 1 6 電話番号 (日中の連絡先) 0 3 ( X X X X ) 〇〇〇〇 東京 千代田区富士見 2-7-2
被保険者または負傷した方が記入するところ	⑤ 負傷した方	被保険者 被扶養者 (氏名 船保 花子)
	⑥ 負傷した方の勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員、パート、アルバイト、派遣 <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> 無職(学生を含む) <input type="checkbox"/> その他( )
	⑦ 傷病名	右上腕骨骨折
	⑧ 負傷日時	令和 〇〇年 5月 1日 午前(午後) 6時頃
	⑨ 負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休中 <input type="checkbox"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤 ) <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他( )
	⑩ 負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )
	⑪ 負傷した状況	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <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(飼い主: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない
	⑫ 相手の有無についてご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※相手がいる負傷の場合は、別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。
	⑬ 負傷した時の状況を具体的にご記入ください。	自動車を運転して買い物に行く途中、交差点を右折しようとしたところ、左方から直進する自動車と接触した。
	⑭ ④ 治療経過	令和 〇年 7月 1日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止
⑮ ⑤ 治療期間	令和 〇年 5月 1日 から 令和 年 月 日まで	

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

⑥ 被保険者のマイナンバー記入欄 R4.1

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

**ご提出先** 〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部

- 1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。  

- 2 船員である被保険者の氏名等をご記入ください。  
(疾病任意継続の場合は船員であった方の氏名をご記入ください。)
- 3 負傷した方がご家族の場合は該当しない項目もありますので、あてはまる項目のみご記入ください。
- 4 日付は記入日としてください。
- 5 詳しい治療期間が不明な場合は、大まかな年月をご記入ください。

①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。  
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。<sup>\*</sup>貼付台紙<sup>\*\*2</sup>に⑦①②どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ⑦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
  - ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ① 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
  - ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

<sup>\*</sup>1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。  
<sup>\*\*2</sup>2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部



船員保険

検索

申請書は1ページです。  
漏れなく正確にご記入ください。

被保険者ご自身で  
ご記入ください。

こんなときに負傷原因届をご提出ください。

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届を提出します。

- 療養費(立替払等)
- 療養費(治療用装具)
- 高額療養費
- 傷病手当金
- 葬祭料(費)・家族葬祭料
- 移送費

初回の支給申請時のみ、  
負傷原因届の提出が  
必要です。

### 業務上・通勤途上の疾病・負傷(ケガ)の場合

#### ■労災保険からの給付が原則

船員保険では、業務上または通勤災害による疾病・負傷(ケガ)に対して保険給付は行いません。この場合は、労災保険(労働者災害補償保険)の給付の対象となります。

### 第三者行為による疾病・負傷(ケガ)の場合

#### ■「第三者行為による傷病届」を提出

業務上や通勤途上以外の交通事故、ケンカ、他人の飼い犬等にかまれたときなど、第三者の行為によって起こった疾病・負傷(ケガ)は、本来加害者が治療費を負担すべきですが、保険証を医療機関に提示して診療を受けることもできます。その際は、すみやかに「第三者行為による傷病届」を船員保険部へご提出ください。

相手方がいる交通事故の場合	相手が不明である場合も届出が必要です 同乗者がケガをした場合は、運転者の方が加害者となり届出が必要です(同乗者が親族でも必要です)
ケンカなどにより暴力をふるわれてケガをした場合	相手が不明である場合も届出が必要です
動物にかまれてケガをした場合	飼い主が不明である場合も届出が必要です

#### 「第三者行為による傷病届」が必要な理由

交通事故やケンカ等の第三者による疾病・負傷(ケガ)の治療費は、本来加害者が負担するべきものです。保険証を使って治療を受けた場合、船員保険部が加害者に代わって医療費を立て替えたこととなりますので、その費用を加害者または損害保険会社などに請求します(損害賠償権の代位取得)。

このため、すみやかに届書をご提出いただく必要があります。

用紙の入手方法は、ホームページをご覧ください。船員保険部にお問い合わせください。

届出がない場合は、診療に要した費用の全額を被害者(船員保険の被保険者)から返還いただく場合もありますので、必ずご提出ください。