



## 記入例

## 負傷原因届

## 船員保険 負傷原因届

負

|            |                |   |                 |                   |                                |     |     |
|------------|----------------|---|-----------------|-------------------|--------------------------------|-----|-----|
| 被保険者（申請者）欄 | ① 記号番号（左づめ）    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0   | 1 2 3           |                   |                                |     |     |
|            | ② 個人番号（マイナンバー） | 記号番号をご記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー）のご記入は必要ありません。（記入（印字）された場合は本人確認書類等の添付が必要です。） |                 |                   |                                |     |     |
|            | ③ 被保険者の氏名（申請者） | (フリガナ) センポ タロウ<br>船保 太郎   |                 |                   |                                |     |     |
|            | ④ 生年月日         | 〔昭和〕〔令和〕<br>平成  | ○               | ○                 | 年 0                            | 月 1 | 日 2 |
|            | ⑤ 住所           | 郵便番号<br>東京  | 1 0 2 - 8 0 1 6 | 電話番号<br>(日本中の連絡先) | 03 (xxxx) 0000<br>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 | ⑥ 負傷した方                 | 〔被保険者〕〔被扶養者〕( 船保 花子 )   |  |  |   |  |
|                      | ⑦ 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<br><input type="checkbox"/> 法人の役員<br><input type="checkbox"/> 無職（学生を含む）<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |  | → 労災保険に特別加入していますか。<br><input type="checkbox"/> 特別加入している<br><input type="checkbox"/> 特別加入していない |  |
|                      | ⑧ 傷病名                   | 右上腕骨折   |  |  |   |  |
|                      | ⑨ 負傷日時                  | 令和〇〇年 5月 1日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 6時頃  |  |  |   |  |
|                      | ⑩ 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"/> 出勤・退勤途中<br><input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |   |  |
|                      | ⑪ 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 ( )   |  |  |   |  |
|                      | ⑫ 負傷した状況                | <input type="checkbox"/> 交通事故、暴力（ケンカ）等、相手がいる負傷<br>→ ※相手がいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。<br><input checked="" type="checkbox"/> 自己転倒等、相手がいない負傷   |  |  |   |  |
|                      | ⑬ 負傷した時の状況を具体的にご記入ください。 | 自転車で買い物にいく途中に段差にのりあげ転倒した。   |  |  |   |  |
|                      | ⑭ 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 治療期間                  | 令和〇年 5月 1日から 令和 年 月 日まで   |  |  |   |  |

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

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

5

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

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。貼付台紙<sup>※1</sup>に⑦⑧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

⑧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か住民票記載事項証明書

※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。

※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。）

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑤をご確認ください。

2

船員である被保険者（疾病任意継続被保険者を含む）の氏名をご記入ください。

3

日付は記入日時点としてください。

4

詳しい治療期間が不明な場合は、大まかに年月をご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

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

1

R8.1



## 申請書は1ページです。 漏れなく正確にご記入ください。

被保険者ご自身が  
ご記入ください。

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 等

※同一の負傷については、一度ご提出いただければ、その後の申請時にご提出いただく必要はありません。

## 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、加害者に治療費を請求できますが、船員保険を使用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<br>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          | 飼い主を加害者として届出が必要です  |

## 「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、加害者に請求することができます(損害賠償請求権)が、船員保険から保険給付を受けることもできます。その場合、船員保険から給付を受けた部分は被害者から加害者に請求することはできず、船員保険から加害者に請求することになります。(損害賠償請求権の代位取得)  
そのため、状況をご報告いただく必要があるため届出が必要です。

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