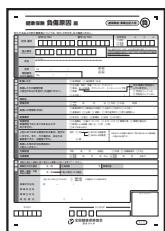


健康保険 負傷原因 届 記入の手引き

負傷(ケガ)がもとで各種の給付の申請をする際に、負傷の原因を届け出ます。疾病・負傷(ケガ)が第三者の行為によるものであるときは、併せて「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。

届出書は1枚です。
漏れなく正確にご記入ください。



被保険者ご自身が
記入してください。

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。

- 移送費
- 海外療養費

◆ 法人の役員であって、健康保険から給付が行われる場合に必要な申請書

- 療養費(立替払等)
- 療養費(治療用装具)
- 傷病手当金
- 埋葬料(費)・家族埋葬料

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

健康保険では、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。

■ 例外的に健康保険からの給付が行われる場合(法人の役員の場合)

ただし、健康保険の被保険者または被扶養者の業務上のケガについて、労災保険の給付対象とならない場合や、法人の役員としての業務に起因するものであっても、被保険者数が5人未満の小規模事業所であって、その業務が従業員の従事する業務と同一と認められるときは、健康保険の給付対象となります。

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、健康保険を利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」を協会けんぽ都道府県支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	野良犬、野良猫等、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べきものです。健康保険を利用して治療を受けた場合、協会けんぽ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。協会けんぽ都道府県支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(協会けんぽの被保険者)からご返還いただく場合もありますので、必ずご提出ください。

次ページに記入例があります。➡

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

健康保険 負傷原因 届 被保険者・事業主記入用 **(負)**

記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

1	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	21700023	21	611022			
2	イ		<small>記入・書き込み(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の添付が必要になります。)</small>			
	マ					
氏名 (フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎						
住所 (〒105-0000) 東京 港区 〇〇 1-1 電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (XXXX) XXXX △△マンション101						
5	被保険者情報 被保険者または負傷した方の記入をお願いします。					
	負傷した方 <input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 協会 花子)					
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。 <input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()					
	傷病名 ろっ骨骨折					
	負傷日時 <input type="checkbox"/> 平成 6年 5月 8日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 5月 8日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 10 時頃					
	負傷した時間帯(状況) <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休職中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し					
	負傷場所 <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()					
	負傷原因 <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 checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。					
	負傷した時の状況を具体的に 4 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。					
治療経過 令和 6年 5月 30日現在 <input type="checkbox"/> 治療 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 治療期間 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 6年 5月 8日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで						
事業主情報 業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。						
事業所の労災適用 有・無 社員総数 名 事業内容						
業務(通勤)災害 該当の確認 有・無 <input checked="" type="checkbox"/> 無の場合、その理由						
事業所所在地 上記、本人の申し立てのとおり <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害 に関連しないことを認めます。 (〒 -)						
事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()						
様式番号 協会使用欄						
全国健康保険協会 協会けんぽ						

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

- 1** 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。

資格情報のお知らせ
- 2** 被保険者のマイナンバーは、**①の記号と番号が不明の場合のみ**ご記入ください。被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

⑦⑧の両方を本人確認書類貼付台紙(※)に、貼付のうえ、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、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

(※)協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人(被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人)が申請される場合は、代理人の身元確認が必要になります。

詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は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等に定められています。
- 3** 負傷した原因が、第三者によるものの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要になります。詳しくは1ページを参照のほか、協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。
- 4** 負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)ご記入ください。
- 5** 業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定を行いますので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。