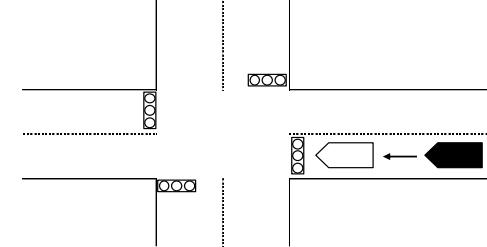


常務理事 事務長 課長 担当者

記入不可

負傷原因報告書

被 保 險 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入 (※注4)		
	被保険者 氏名	健康 太朗	被保険者の マイナンバー	-	
	被保険者 現住所	〒 111 - 2222 ○○○○県○○市○○町1丁目2番3号 ○○マンション405号室	TEL 0123 - 45 - 6789		

負 傷 者 欄 (負 傷 者 の 状 況 を 記 入 し て く だ さ い)	負傷した者 の 氏 名	健康 太朗		被保険者との 続 柄	本人	負傷時 の 年 齢	45 歳		
	傷病名	頸椎捻挫							
	負傷日時	令和 7 年 12 月 18 日		<input type="checkbox"/> 午前 6 時 15 分頃	<input checked="" type="checkbox"/> 午後				
	負傷場所	5	1.会社内 2.通勤中 3.学校内 4.駅構内 5.路上 6.自宅 7.その他						
		〒 111 - 2222 ○○○○県○○市○○町3丁目4番5号							
	負傷原因 (※注5)	I	1.交通事故 [<input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外] 2.ケンカ 3.スポーツ [<input type="checkbox"/> 部活動 <input type="checkbox"/> 主催者がいる行事 <input type="checkbox"/> 左記以外] 4.動物 [飼い主 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 被保険者世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外)] 5.その他 ()						
		相手がいる 負傷	I	1.交通事故 2.交通事故以外の第三者行為	学校内、部活動中の負傷	1.災害共済給付(スポーツ共済)の対象 2.災害共済給付の対象外			
	負傷状況 (詳細と図解)	交差点で赤信号のため停車して いたところ、後ろから追突された。		(図) 					
	治療の経過	I	医療機関名称 ○○病院	転帰	2	1.入院中 2.通院中 3.中止 4.治癒			
診療開始日		令和 7 年 12 月 18 日							
医療費支払方法		I 1.健康保険 2.加害者負担 3.自費 4.その他 ()							
2		医療機関名称 □□外科医院	転帰	2	1.入院中 2.通院中 3.中止 4.治癒				
	診療開始日 令和 7 年 12 月 21 日								
	医療費支払方法 I 1.健康保険 2.加害者負担 3.自費 4.その他 ()								

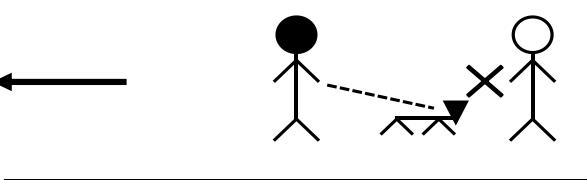
事業 主 欄	この報告書は、事業主の証明が必要です。 (※任意継続被保険者の方は除く) 事業所の健康保険担当者を通じて 提出してください。	
	△△ □□	

常務理事 事務長 課長 担当者

記入不可

負傷原因報告書

被 保 險 者 欄	被保険者等記号・番号	123 - 1234567	被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入 (※注4)		
	被保険者氏名	健康 太朗	被保険者のマイナンバー	-	
	被保険者現住所	〒 111 - 2222 ○○○○県○○市○○町1丁目2番3号 ○○マンション405号室	TEL 0123 - 45 - 6789		

負 傷 者 欄 (負 傷 者 の 状 況 を 記 入 し て く だ さ い	負傷した者の氏名	健康 太朗		被保険者との続柄	本人	負傷時の年齢	45 歳		
	傷病名	右手犬咬創							
	負傷日時	令和 7 年 12 月 18 日		<input type="checkbox"/> 午前 6 時 15 分頃	<input checked="" type="checkbox"/> 午後				
	負傷場所	5	1.会社内 2.通勤中 3.学校内 4.駅構内 5.路上 6.自宅 7.その他						
		〒 111 - 2222 ○○○○県○○市○○町3丁目4番5号							
	負傷原因 (※注5)	4	1.交通事故 [<input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 左記以外] 2.ケンカ 3.スポーツ [<input type="checkbox"/> 部活動 <input type="checkbox"/> 主催者がいる行事 <input type="checkbox"/> 左記以外] 4.動物 [飼い主 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 被保険者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外)] 5.その他 ()						
		相手がいる負傷	2	1.交通事故 2.交通事故以外の第三者行為	学校内、部活動中の負傷	1.災害共済給付(スポーツ共済)の対象 2.災害共済給付の対象外			
	負傷状況 (詳細と図解)	帰宅中歩いていたところ、散歩中の犬に飛びかかられ、噛みつかれた。		(図) 自宅 ← 					
	治療の経過	1	医療機関名称 ○○病院	転帰	2	1.入院中 2.通院中			
診療開始日		令和 7 年 12 月 18 日			3.中止 4.治癒				
医療費支払方法		I 1.健康保険 2.加害者負担 3.自費 4.その他 ()							
2	医療機関名称	転帰		1.入院中 2.通院中					
	診療開始日	令和 年 月 日		3.中止 4.治癒					
医療費支払方法	I 1.健康保険 2.加害者負担 3.自費 4.その他 ()								

事業 主 欄	この報告書は、事業主の証明が必要です。 (※任意継続被保険者の方は除く) 事業所の健康保険担当者を通じて 提出してください。	
	□ □ □ □	

【注意事項】

1. この報告書は、負傷後すみやかに提出してください。
2. 訂正は二線抹消し、訂正者氏名を自署してください。（修正テープ使用不可）
3. 日付は和暦、選択欄は該当の項目の数字を記入するか、○で囲んでください。
チェック欄があるところは、該当の項目にレ点を記入してください。
4. 被保険者等記号・番号が不明な場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
5. 負傷原因によって提出書類が異なりますので、下記の表を参照してください。

提出書類 負傷原因		負傷原因報告書	第三者行為による傷病届※2	事故発生状況報告書※2	念書兼同意書・誓約書※2	人身事故証明書入手不能理由書※2	事故証明書（原本）※3
第三者行為 ※行	交通事故（人身事故の場合）	○	○	○	○		○
	交通事故（人身事故扱いでない場合）	○	○	○	○	○	○
	交通事故以外（けんか等の場合）	○	○ (交通事故以外用)		○		
行為第三者以外	交通事故	○					○
	交通事故以外	○					

※1 第三者行為とは、交通事故や暴力行為、他人のペットに噛まれた等、自分以外の行為によって負傷したり病気になったりすることを指します。

第三者行為によるケガや病気の治療にかかった医療費は本来加害者が負担すべきものですが、健康保険を利用して医療機関等を受診した場合、自己負担額以外の医療費を健康保険が一時的に立て替えることになります。

健康保険が立て替えた医療費は、第三者行為による傷病に係る書類が提出された後、加害者（または損害保険会社等）に請求します。

第三者行為となる負傷原因の例

- ・交通事故
- ・相手からの暴力行為
- ・被保険者世帯以外のペットに噛まれた、引っかかれた等
- ・建物設備の欠陥による事故
- ・飲食店での食中毒
- ・主催者のいるイベントでの事故、熱中症、食中毒等
- ・スポーツ中の負傷（相手の故意やルール違反によるものに限る）

※2 基本的に被保険者等に記入いただく書類ですが、損害保険会社等の様式を使用しての記入も可能です。

※3 「事故証明書」は、交通事故の発生を届け出ている場合、各都道府県の自動車安全運転センターに申請を行うことで入手できる公的な証明書です。