

# 健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者) 記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
氏名			電話番号(日中の連絡先) TEL ( )			

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 )				
	傷病名					
	負傷日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時頃
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input 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 type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )				
	負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<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				
	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	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。		
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。					
	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
治療期間	令和	年	月	日	から 令和 年 月 日まで	

上記のとおり負傷原因を報告します。

令和 年 月 日

## 【申請書の提出先】

社内便 : 世界貿易センタービル南館  
オリックスグループ健康保険組合 給付 係

郵送 : 〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館  
オリックスグループ健康保険組合 給付 係

<健康保険組合処理欄>

受付日付印

常務理事	事務長	担当