

6-3

自己の過失により負傷したとき

『負傷届』

- 被保険者・被扶養者が自動車・バイク・自転車等の運転を誤り、自損(単独)事故により負傷をしたときは、必ず「負傷届」を提出してください。
- 被保険者(本人)が自己の過失により負傷し、次の各号に該当するときは、必ず「負傷届」を提出してください。
  - ①病院等で治療を受け「療養費」を請求するとき
  - ②会社(仕事)を休み「傷病手当金」(第1回目)を請求するとき
- その他業務災害および通勤災害以外の負傷で、組合が必要と認めたときにも提出してください。

6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

負傷届

**交通事故の場合**

本人  
家族

提出年月日

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

西武健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 ○○○○

健保組合  
常務理事

下記のとおりお届けいたします。

受 傷 者	記号	000	番号	00000	事務長	
	氏名	○○○○		年齢	○ 歳	
	受傷者が 被扶養者のとき	氏名				
		続柄			年齢	歳
	住所(自宅)	○○県○○市○○町0-0-0			Tel. 00(0000)0000	取扱者
	住所(会社)	○○県○○市○○町0-00-00			Tel. 00(0000)0000	
会社名	○○株式会社	所属	○○部○○課			

負 傷 内 容	傷病名	○○打撲	
	発生年月日	平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 午前・午後 ○ 時 ○ 分	
	発生場所	○○県○○市○○町(国道○○号線)	
	原因	交通事故(自動車・バイク・自転車) その他( )	

交 通 事 故	事故結果	即死・入院中・直後の死亡(平成 令和 年 月 日死亡)・治療中	事業所	所属
	警察官立会い	あった・ない・ないが届出・わからない	印	印
	所轄署	○○ 警察署	派出所	

事 業 主 の 証 明	記載内容は事実と相違ないことを証明します。		印	印
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
	事業主の ○○県○○市○○町0-00-00			
	住所	○○株式会社	印	印
氏名・印		○○○○		

健保受付年月日

本社の担当者と責任者が押印

所属の担当者と責任者が押印

6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

右ページ

<p>負傷発生 の 状況</p>	<p>できるだけ詳しく記入してください。  <span style="color: red;">○月○日(公休日)午後○時○分ごろ、用事を済ませて帰宅の途中に運転を誤り                  国道の反対車線のガードレールに衝突し、負傷しました。                  当日は、雨と濃霧で視界が悪く、左カーブに気付いた時に急ブレーキをかけたのが                  スリップした原因です。</span></p>																																																												
<p>負傷現場 の見取図</p>	<p>負傷が発生した場所の見取図を記載してください。</p>																																																												
<p>負傷日の 状況</p>	<p><span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">公休日</span> (年休等を含む)・勤務： 自宅出発( 時 分)・自宅到着( 時 分)                  就業( 時 分～ 時 分)</p>																																																												
<p>治 療 状 況</p>	<p>この負傷で治療を受けましたか？ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">受けた</span>・受けていない</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">医療機関</td> <td style="width: 15%;">名 称</td> <td colspan="3"><span style="color: red;">○○病院</span></td> </tr> <tr> <td></td> <td>住 所</td> <td colspan="3"><span style="color: red;">○○県○○市○○○○-0 Tel 0000(00)0000</span></td> </tr> <tr> <td>転 医 年 月 日</td> <td colspan="4">平成・令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>転医した 医療機関</td> <td>名 称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>住 所</td> <td colspan="3">Tel</td> </tr> <tr> <td>医療費の支払い方法</td> <td colspan="4"><span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健康保険</span>・自費・その他( )</td> </tr> <tr> <td>治療開始日</td> <td colspan="4">平成・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 入院・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span></td> </tr> <tr> <td>健康保険による治療開始日</td> <td colspan="4">平成・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 入院・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span></td> </tr> <tr> <td>転 帰</td> <td colspan="4">現在入院中・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院加療中</span>・治癒・中止 (令和 年 月 日現在)</td> </tr> <tr> <td>治療期間</td> <td colspan="4"><span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院</span>・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span> 自 平成・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 ～ 至 平成・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日</td> </tr> <tr> <td>後 遺 症</td> <td colspan="4">ある・ある見込み・ない・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ない見込み</span></td> </tr> <tr> <td>治療見込み</td> <td colspan="4">平成・<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日から ○ヶ月間位・日間位</td> </tr> </table>	医療機関	名 称	<span style="color: red;">○○病院</span>				住 所	<span style="color: red;">○○県○○市○○○○-0 Tel 0000(00)0000</span>			転 医 年 月 日	平成・令和 年 月 日				転医した 医療機関	名 称					住 所	Tel			医療費の支払い方法	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健康保険</span> ・自費・その他( )				治療開始日	平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 入院・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span>				健康保険による治療開始日	平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 入院・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span>				転 帰	現在入院中・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院加療中</span> ・治癒・中止 (令和 年 月 日現在)				治療期間	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院</span> ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span> 自 平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 ～ 至 平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日				後 遺 症	ある・ある見込み・ない・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ない見込み</span>				治療見込み	平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日から ○ヶ月間位・日間位			
医療機関	名 称	<span style="color: red;">○○病院</span>																																																											
	住 所	<span style="color: red;">○○県○○市○○○○-0 Tel 0000(00)0000</span>																																																											
転 医 年 月 日	平成・令和 年 月 日																																																												
転医した 医療機関	名 称																																																												
	住 所	Tel																																																											
医療費の支払い方法	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健康保険</span> ・自費・その他( )																																																												
治療開始日	平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 入院・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span>																																																												
健康保険による治療開始日	平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 入院・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span>																																																												
転 帰	現在入院中・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院加療中</span> ・治癒・中止 (令和 年 月 日現在)																																																												
治療期間	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院</span> ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span> 自 平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日 ～ 至 平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日																																																												
後 遺 症	ある・ある見込み・ない・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ない見込み</span>																																																												
治療見込み	平成・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">令和</span> ○年 ○月 ○日から ○ヶ月間位・日間位																																																												

K14-202108

6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

負傷届

交通事故以外の場合

本人  
家族

負傷届

提出年月日

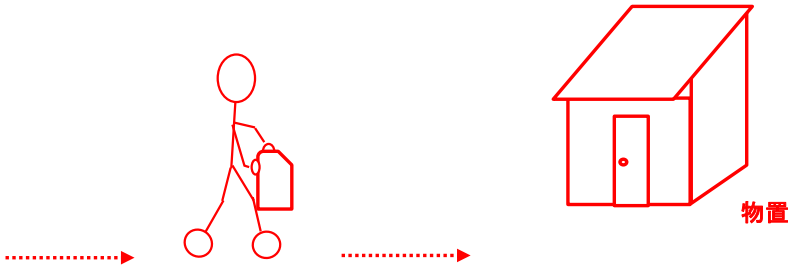
西武健康保険組合理事長殿		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		健保組合		
被保険者氏名 ○○○○				常務理事		
下記のとおりお届けいたします。						
受 傷 者	記号	000	番号	00000	事務長	
	氏名	○○○○		年齢	○ 歳	
	受傷者が 被扶養者のとき	氏名				
		続柄		年齢	歳	
	住所(自宅)	○○県○○市○○町0-0-0 Tel. 00(0000)0000			取扱者	
	住所(会社)	○○県○○市○○町0-00-00 Tel. 00(0000)0000				
会社名	○○株式会社	所属	○○部○○課			
負 傷 内 容	傷病名	○○捻挫				
	発生年月日	平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 午前・午後 ○ 時 ○ 分				
	発生場所	自宅				
	原因	交通事故(自動車・バイク・自転車) (その他) 灯油容器を持上げた時				
交 通 事 故	事故結果	即死・入院中・直後の死亡(平成 令和 年 月 日死亡)・治療中			事業所	
	警察官立会い	あった・ない・ないが届出・わからない			所 属	
	所轄署	警察署		派出所		
事業主の証明	記載内容は事実と相違ないことを証明します。					
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 事業主の ○○○県○○市○○町0-00-00 住 所 ○○○株式会社 氏名・印 ○○○○					

健保受付年月日

本社の担当者と責任者が  
押印

所属の担当者と責任者が  
押印

6. 第三者行為および自損の行為によるけが関係

負傷発生 の状況	できるだけ詳しく記入してください。 自宅で、灯油の入ったポリ容器を運んでいる時に腰に痛みを感じた。自宅で応急処置をしたがよくならなかったため、翌日〇〇病院で治療を受けた。				
負傷現場の見取図	負傷が発生した場所の見取図を記載してください。 				
負傷日の状況	公休日 (年休等を含む) <input checked="" type="radio"/> 勤務・自宅出発( 〇 時 〇 分)・自宅到着( 〇 時 〇 分) 就業( 〇 時 〇 分 ~ 〇 時 〇 分)				
治療状況	この負傷で治療を受けましたか? <input checked="" type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けていない				
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="368 1070 528 1124">医療機関</td> <td data-bbox="528 1070 1316 1124">名称 〇〇病院</td> </tr> </table>	医療機関	名称 〇〇病院		
	医療機関	名称 〇〇病院			
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="368 1124 528 1178">住所</td> <td data-bbox="528 1124 1316 1178">〇〇県〇〇市〇〇〇〇-0 Tel 0000(00)0000</td> </tr> </table>	住所	〇〇県〇〇市〇〇〇〇-0 Tel 0000(00)0000		
	住所	〇〇県〇〇市〇〇〇〇-0 Tel 0000(00)0000			
	転医年月日 平成・令和 年 月 日				
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="368 1232 528 1285">転医した医療機関</td> <td data-bbox="528 1232 1316 1285">名称</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1285 528 1339">住所</td> <td data-bbox="528 1285 1316 1339">Tel</td> </tr> </table>	転医した医療機関	名称	住所	Tel
	転医した医療機関	名称			
	住所	Tel			
	医療費の支払い方法 <input checked="" type="radio"/> 健康保険・自費・その他( )				
治療開始日 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日 入院・ <input checked="" type="radio"/> 通院					
健康保険による治療開始日 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日 入院・ <input checked="" type="radio"/> 通院					
転帰 現在入院中・ <input checked="" type="radio"/> 通院加療中・治癒・中止 (令和 年 月 日現在)					
治療期間 入院・ <input checked="" type="radio"/> 通院 自 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 至 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日					
後遺症 ある・ある見込み・ない・ <input checked="" type="radio"/> ない見込み					
治療見込み 平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 月間位・ 〇 日間位					

K14-202108