

負傷の原因について（回答書）

被 保 険 者	記号	●●●	番号	○○○○	氏名	健保 花子	
	事業所名	ネクステージ●●●店 ●●●課					
	自宅住所	〒○○○ - ○○○○ ●●●市△△町▲番地 □□□コーポ▲号室					
	電話番号	TEL ○○○ (○○○○) ○○○○					※健康保険組合より連絡が入る場合があります。
受診者	氏名	健保 花子			続柄	本人	
負傷年月日	平成・令和 * 年 * 月 * * 日 / 午前・午後 * 時 * * 分頃						
当日の勤務時間	時 分 ~ 時 分 まで						
場所	会社内・自宅・学校内・乗物の中 その他 (例：路上、駅構内 など)						
状況	私用中・勤務時間中・出張中・通勤途中 (行・帰) その他 (専用中以外(業務中、通勤途中)の場合は別途、勤務先へ報告が必要です)						
報告日	平成・令和 7 年 * 月 * * 日			報告先	本社労務課、自店舗責任者 など		
どのような事故が おきましたか	例：自宅の階段を踏み外して転倒、腕を骨折した 例：休暇中の外出先で運転中、信号待ちをしていたら追突事故に遭い、 全身を強く打ったため病院へ救急搬送された。 例：飲食店で他人から暴力行為を受けて顔面を打撲した。 例：アルバイト（パート）先へ向かう途中に自転車で転倒、けがをした。						
負傷名	例：足骨折、全身打撲 など						
受診医療機関名	① ●●●県立病院 ② ▲▲▲整形外科 ③ □□□病院 「はい」に該当の場合、別途書類提出が必要です ※相手方のいる交通事故も含む						
第三者からの加害 行為ですか	はい ・ いいえ						
現在の状況 ※上記「はい」と答 えた方のみ	示談した ・ していない ・ 交渉中						

第三者からの加害行為に該当する方はご回答ください

【 負傷原因の照会とは 】
 けがの原因が「業務上のものではないか」「第三者によるものではないか」を確認するために行います。
 健康保険を利用してけがの治療をした場合、必ず回答をお願いします。

※業務中や、通勤中のけがにかかる医療費は保険適用外となります。労災扱いのため上長へ報告が必要です。
 ご家族の方・・・アルバイト（パート）先の業務中や、通勤途中にけがをした場合も労災扱いとなります。
 必ずアルバイト（パート）先へ報告が必要です。

※第三者行為（交通事故や暴行など）による負傷で治療を受けた場合、医療費の支払いについて相手方等との調整が必要になるため、別途書類提出が必要です。