

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

課長	係長	係

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		昭和 平成 令和			
	氏名・印 (フリガナ)					
住所	(〒)	都 道 府 県				
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	被保険者・被扶養者(氏名)				
	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。	正社員 法人の役員 無職 その他()	契約・派遣 ボランティア	パート・アルバイト インターンシップ	▶ 労災保険に特別加入 していますか。 している していない	
	傷病名					
	負傷日時	平・令 年 月 日	午前・午後	時頃		
	負傷した時間帯(状況)	勤務時間中 通勤途中(出勤 退勤 /)	勤務日の休憩中	出張中 寄り道等有り	私用中 寄り道等無し	その他()
	負傷場所	会社内	路上	駅構内	自宅	その他()
	負傷原因で次にあてはまるものがありますか	交通事故	暴力(ケンカ)	スポーツ中()	職場行事	職場行事以外
	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: 有 無	あなたは被害者 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	平・令 年 月 日現在	治癒	治療継続中	中止	
治療期間	平・令 年 月 日	から	平・令 年 月 日	まで		

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

事業主欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。				
	事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	名	事業内容
	業務(通勤)災害 該当の確認	有・無	▶「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 (〒)	業務災害 通勤災害	に相違ないことを認めます。	
	事業所名称				
	事業主氏名				
電話番号	()				

訂正箇所等については、事業主欄に押印した印と同一印で訂正ください。

受付日付印
