

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)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名 (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	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約・派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> インターンシップ <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()	労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない			
	傷病名					
	負傷日時	平・令 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	平・令 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	平・令 年 月 日	から	平・令 年 月 日	まで		

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 <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 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	()				

受付日付印