

## 労働(通勤)災害不該当理由書

※労働(通勤)災害に該当とならない場合は、下記項目を記入・捺印のうえ当組合まで提出ください。

記号: \_\_\_\_\_ 番号: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

① 問い合わせ先の労働基準監督署名: \_\_\_\_\_

② 労働基準監督署の担当者名: \_\_\_\_\_

③ 問合せ日時: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

④ 電話番号: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 労働(通勤)災害となるか問合せた内容について(問合せた内容は詳細にご記入ください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⑥ 労働(通勤)災害が不該当と言われた理由について(回答内容は詳細にご記入ください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⑦ 被保険者が労働(通勤)災害の申請をするか否か

する \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ しない ※どちらかに○をつけてください。

⑧ 労働(通勤)災害の申請をしない場合は、その理由をご記入ください。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※上記のことについて、当健康保険組合が上記機関に問合せることに同意します。

被保険者住所  
被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

事業所所在地  
事業主名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )