

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	2 2 7	番号	3 5 0	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4	8	4	5
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎						
	住所	(〒 332 - 0035)	埼玉 都道府県 川口市西青木 〇-〇-〇						
電話番号(日中の連絡先)	TEL 048 (258) ΔΔΔΔ								

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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 健保 花子)		
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む口を選択ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <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	左下腿骨骨折		
	負傷日時	平 令 29 年 1 月 2 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 10 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(スキー場ゲレンデ内)		
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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。	プライベートでスキーに行き、スキー場で立ち止まっていた時に、加害者が後ろから、自分の足に突っ込んで来て負傷しました。		
治療経過	平 令 29 年 1 月 15 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			
治療期間	平 令 29 年 1 月 2 日から 平・令 年 月 日まで			

※第三者にかかわるケガの場合は、「第三者行為による負傷届」が必要になりますので、当組合【給付課】までご連絡ください。

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 <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	※業務災害・通勤災害の場合は、当組合【給付課】までご連絡ください。			
	事業主氏名				
電話番号	()				
受付日付印					