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
被保険者等の（右づめ）	227	350	☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　48 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）△△△△		

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　健保　花子　）
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、契約、派遣、パート、アルバイト ☐ 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 ☐ 無職 ☐ その他（　　） 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	左下腿骨骨折
負傷日時	平 令 29 年 1 月 2 日 ☑ 午前・☐ 午後 10 時頃
負傷した時間帯（状況）	☐ 勤務時間中 ☐ 勤務日の休憩中 ☐ 出張中 ☑ 私用中 ☐ その他（　　） ☐ 通勤途中（☐ 出勤 ☐ 退勤 ／ ☐寄り道等有り ☐ 寄り道等無し）
負傷場所	☐ 会社内 ☐ 路上 ☐ 駅構内 ☐ 自宅 ☑ 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	☐ 交通事故 ☐ 暴力（ケンカ） ☑ スポーツ中（☐ 職場行事 ☐ 職場行事以外） ☐ 動物による負傷（飼い主：☐ 有 ☐ 無） ☐ 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：☑ 有 → ☑ あなたは被害者 / ☐ あなたは加害者 ☐ 無 ※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　☐ 治癒 ☑ 治療継続中 ☐ 中止
治療期間	平 令29 年 1 月 2 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（〒　　） ☐ 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	（　　）				

※業務災害・通勤災害の場合は、当組合の給付課まで 03-3576-3511（音声案内②）ご連絡ください。

受付日付印

※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。

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合