

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報	健康保険 (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][]	生年月日 年 月 日
	氏名	(フリガナ) -----		
	住所	(〒 [][] - [][])	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 [][][][][][][][]
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、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			
	負傷日時	令和 年 月 日 曜日 / 午前・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 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。なお、アルコールを摂取していましたか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合: <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 アルコールの摂取 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。			
	治療経過	令和 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	令和 年 月 日 から 令和 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