

# 健康保険 負傷原因 届

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名	(フリガナ) <input type="text"/>					
	住所	(〒 - ) <input type="text"/>					
電話番号 (日中の連絡先)	Tel <input type="text"/>						

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□を選択してください。	<input type="checkbox"/> 社員、嘱託社員、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	<input type="text"/>			
	負傷日時	令和 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"/> 勤務途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 他意出勤 <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	<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			
	負傷原因で次にあてはまるものがありますか	相手: <input type="checkbox"/> 有	<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。	
	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。	<input type="checkbox"/> 無			
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	<input type="text"/>			
	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	<input type="checkbox"/> 有・無 → 「無」の場合、 その理由				
	事業主所在地	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。				
	事業主氏名	(〒 - )				
電話番号	( )					

受付日付印

・記号・番号を記入した場合は不要です。

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄