

記入例

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)	1	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	1	0
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 113 - 0000 ) 東京都文京区本郷〇〇1-1 △△マンション101				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	03	××××	××××		

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□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 checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	傷病名	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
	負傷日時	令和 1 年 5 月 8 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"/> 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 checked="" 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 )
	負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input checked="" 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	※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。  自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまった。
治療経過	令和 1 年 7 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	令和 1 年 5 月 8 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