

# 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	記号	番号			
	被保険者等 記号・番号	※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	住所	(〒 - )	都(道) 府(県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

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、準社員、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	<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"/> 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。	相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 有 → <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。				
	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	勤務時間中(休憩、出張中を含む)、通勤途上の負傷の場合は、事業主の記入をうけてください。			
	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	上記回答内容を( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 労働基準監督署 )に確認したところ、 ( <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害 )に( <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 )と思われます。		
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	( )			
				受付日付印