

# 健康保険 負傷原因届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日
	被保険者の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名 (フリガナ)		年 月 日
	住所 (〒 - )		事業所名
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☐を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 請負 <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> ボランティア <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(☐ 出勤 ☐ 退勤 / ☐ 寄り道等有り ☐ 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(☐ 職場行事 ☐ 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: ☐ 有 ☐ 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"/> 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「第三者の行為による傷病届」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		

業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。				
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