

# 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 被保険者等 記号・番号 (左づめ)	番号 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																	
	氏名  (フリガナ)			生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年      月      日 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
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  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"/> 被保険者 · <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名) <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。 □している □していない	
	傷病名			
	負傷日時	令和      年      月      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 (□ 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 (□ 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"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 無      → <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	□ 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				