

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	被保険者証の （右づめ）	記号 	番号 	生年月日 年 月 日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和
	氏名	フリガナ 		
	住所	(〒 -) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

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	☐ 被保険者 ・ ☐ 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。	☐ 正社員、 ☐ 契約、 ☐ 派遣、 ☐ パート・アルバイト ☐ 請負、 <u>法人の役員</u> 、ボランティア、インターンシップ等 ☐ 無職 ☐ 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	年 月 日 ☐ 午前・ ☐ 午後 時 頃		
	負傷した時間帯（状況）	☐ 勤務時間中 ☐ 勤務日の休憩中 ☐ 出張中 ☐ 私用中 ☐ その他（ ） ☐ 通勤途中（ ☐ 出勤 ☐ 退勤 / ☐ 寄り道等あり ☐ 寄り道等なし）		
	負傷原因	☐ 交通事故 ☐ 暴力（ケンカ） ☐ スポーツ中（ ☐ 職場行事 ☐ 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	☐ 動物による負傷（飼主： ☐ 有 ☐ 無） ☐ 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： ☐ 有 ☐ 無 ☐ あなたは被害者 ☐ あなたは加害者		※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。
	負傷した時の状況を具体的にご記入ください。			
治療経過	年 月 日現在 ☐ 治癒 ☐ 治療継続中 ☐ 中止			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			

業務災害及び通勤災害の場合のみ、事業主の記入をうけてください。					
事 業 主 情 報	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 事業所名称 事業主氏名 電話番号	(〒 -)		☐ 業務災害 ☐ 通勤災害 に相違ないことを認めます。	

受付日付印