

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	被保険者の （右づめ）	記号 [][][]	番号 [][][][][]	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<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・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	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"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし）				
	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 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記入してください。					
	治療経過	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	年 月 日から 年 月 日まで					

事 業 主 情 報	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 事業所名称 事業主氏名 電話番号	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。		

受付日付印