

健康保険 負傷原因届

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。		
	従業員番号			メールアドレス		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所	(〒 -)				
	電話番号 (日中の連絡先)					

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、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			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"/> 勤務時間帯中 <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) <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中	
負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 自宅					
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、その原因は、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			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

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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		社員総数		事業内容	
業務（通勤）災害 該当の確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →		「無」の場合、その理由			
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。						
事業所所在地: 年 月 日						
事業所名称:						
事業主氏名: 電話 ()						