

健康保険 負傷原因届

記入例

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号 123	番号 45	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	123456		メールアドレス	〇〇〇〇@×××.co.jp					
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和				
			健保 太郎			<input type="checkbox"/> 平成	60	年	1	月
			<input type="checkbox"/> 令和							
住所	(〒 123 - 4567)	東京都〇〇区□□1-2-3								
電話番号 (日中の連絡先)	×××-×××-×××									

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 checked="" 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 checked="" 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	肋骨骨折	医師から診断された傷病名を記入してください。	
	負傷日時	2026 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 2 時頃		
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間帯中 <input type="checkbox"/> 出張中 <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 checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あてはまらない		負傷原因があてはまる場合、相手の有無を記入してください。相手がいる場合、あなたが被害者、加害者が記入してください。
	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 checked="" 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。	発症に至る原因をできるだけ詳しく記入ください。 自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまった。		
	治療経過	2026 年 4 月 15 日 現在 <input type="checkbox"/> 治療 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
治療期間	2026 年 4 月 1 日 から 2026 年 4 月 1 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	社員総数	事業内容
	業務(通勤)災害 該当の確認	※事業所が記入・証明する欄		
	上記、本人の申し立てのとおり			
	事業所所在地:			
事業所名称:				
事業主氏名:	電話 ()			