

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

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	番号	記号番号が分からぬ場合はマイナンバーを記入してください																										
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
氏名	(フリガナ)			生年月日	□ 昭和 年 月 日																								
住所	(〒 -)			都道府県	□ 平成																								
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			□ 令和																									
<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 <check>)</check>																													

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、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()	<small>労災保険に特別加入していますか。</small> <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		
	傷病名				
	負傷日時	令和 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 (<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		<small>※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。</small>
	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	<input type="checkbox"/> 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					