

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

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	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	28	1234	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	550318	
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	印 自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 650-0000)	兵庫県	都道府県	神戸市〇〇区1-2	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (〇〇〇) △△△△					

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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 健保 花子)			
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> 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	右足首捻挫			
	負傷日時	令和 2年 2月 15日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 11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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(スーパー〇〇 △△店)			
	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			
	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。	買い物をしようとスーパー〇〇 △△店に行ったとき、店の前の水たまりに気づかず足を滑らせ転倒。右足を捻挫した。			
	治療経過	令和 2年 2月 28日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			
治療期間	令和 2年 2月 15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	印	

(19.05)
受付日付印