

常務理事	事務長		担当者

健康保険 負傷原因 届

被保険者情報	被保険者等記号・番号				生年月日			日中の連絡先(電話番号)		
	—				<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平			()		
	フリガナ				年 月 日					
	氏名				年齢					
住所				〒 —						

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方の氏名	昭・平・令 年 月 日	年齢	負傷した方の業務形態	<input type="checkbox"/> 従業員等(雇用保険加入) <input type="checkbox"/> 従業員等(雇用保険なし) <input type="checkbox"/> 法人役員(雇用保険加入) <input type="checkbox"/> 法人役員(雇用保険なし) <input type="checkbox"/> 請負・インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職・ボランティア等 <input type="checkbox"/> その他:	
	傷病名(負傷部位)					
	負傷日時	令和 年 月 日	午前・午後	時頃		
	負傷時の状況	<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(通勤時の寄り道を含む) <input type="checkbox"/> 通勤中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤/ <input type="checkbox"/> 寄り道: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他()				
	どこで負傷したか	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 上記以外の場所()				
	負傷の原因(経緯)	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ等) <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"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 上記に該当しない (負傷に至る経緯をできるだけ具体的に記入してください)				
	上記状況に相手はいますか	<input type="checkbox"/> 相手有り(<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者) <input type="checkbox"/> 相手無し ※相手有りの場合は「第三者行為による傷病届」の提出も必要です。				
	治療期間および経過	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 令和 年 月 日現在の状況: <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止				

事業主欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ下に事業主の記入を受けてください。				
	事業所の労災適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	社員総数	名	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)		
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	上記、本人申し立てのとおり、 <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。 令和 年 月 日 ()			