

# 健康保険 負傷原因届

被保険者（届出者）・事業主記入用

常務理事	事務長	担当者

被保険者（申請者）情報	被保険者証の記号と番号	〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	年齢	〇〇 歳
	氏名	(フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇〇	事業所/所属先				
	住所	(〒	〒目〇〇番〇〇号				
	電話番号	(【	0000				

**記入例**

**業務災害・通勤災害の場合は、必ず事業所へ提出してください。**

本申請書の提出を事業主へ委任します。 ※委任（事業所経由で提出）する場合は口に✓を入れて下さい。

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	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、 <u>法人の役員</u> 、ボランティア、インターシップ等 <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	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 checked="" type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道)					
	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	<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)					
	負傷原因で次にあてはまるものがありますか。	<input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主: <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は、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 「第三者行為による負傷届」の 届け出が必要です。			
	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	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			

**全ての項目を記入してください。**

**※業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。**

事業主欄	事業所の労災適用	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 申請中	社員総数	名	担当者氏名
	業務（通勤）災害 該当の確認	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「無」の場合、その理由		〇〇
	事業所所在地	(〒 - )	記入日	令和 年 月 日	
	事業所名		上記、本人の申し立ての通り <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。		
事業主氏名					
電話番号	( )				

**必ず記入**

**事業主が記入**

