

健康保険 負傷原因届

被保険者情報	記号・番号	.	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			Ⓜ	*自署の場合は押印を省略できます	
	住所	〒 - -					
TEL (携帯可)		- -					

被保険者 又は 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、契約社員、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、ボランティア、インターンシップ等、 <u>法人の役員</u> <input type="checkbox"/> 無職 その他 ()				労災保険の特別加入の有無 <input type="checkbox"/> 特別加入あり <input type="checkbox"/> 特別加入なし	
	傷病名						
	負傷日時	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"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	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 <small>* 負傷原因で次にあてはまるものがありますか?</small>	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴行 (ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> あてはまらない					
	上記に当てはまる原因がある場合、相手はいますか? またその場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 相手 <input type="checkbox"/> いない		<input type="checkbox"/> あなたは被害者 * 相手がいる場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> あなたは加害者			
	負傷したときの状況を具体的に記入ください。						
	治療経過	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	年 月 日 ~		年 月 日				

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	有	無	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 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。 ()				
Ⓜ						

(受付日付印)