

常務理事	事務長	担当者

# 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)		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名・印	(フリガナ)	自署・押印してください。			
住所	(〒 - )	都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

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 <input type="checkbox"/> 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( )			<b>労災保険に特別加入していますか。</b> <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	傷病名					
	負傷日時	平成 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"/> 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。	<input type="checkbox"/> 無				
	治療経過	平成 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	平成 年 月 日	から	平成 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		印				
電話番号	( )					
受付日付印						

(29.4)