

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	被保険者証 記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	氏名	(フリガナ)							
	住所	〒	-	都・道	府・県	電話番号	()		
				(日中の連絡先)					
	事業所名称								
<input type="checkbox"/> 本届出書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)									
被保険者または負傷した方が記入	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 ※該当するものを選択してください	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、 <u>法人の役員</u> 、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								
	負傷日時	令和	年	月	日	の	<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"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし）							
	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	<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は ご記入ください	相手	: <input type="checkbox"/> いる	<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。			
			<input type="checkbox"/> いない						
	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
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									
事業主欄	事業所の労災適用	有・無・申請中		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	〒	-	<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	()								

受付日付印