## 健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

	記号	番号記号	番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
被保険者情報	被保険者等 記号·番号		
	(フリガナ) 氏名	生年月	日 年 月 日
	### ### ### #########################		
	住 所	府·県 電影	5番号 / \
	(日中の連絡先)		
	事業所名称		
	□ 本届出書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は②)		
被保険者または負傷した方が記入	負傷した方	□ 被保険者 · □ 被扶養者(氏名	)
	負傷した方の勤務形態	□正社員、契約、派遣、パート、アルバ	
	※該当するものを選択してくだ	□ 請負、 <u>法人の役員</u> 、ボランティア、イ □ 無職	ンターン等 <b>していますか。</b> ──── <b>し</b> 加入している
	さい	□ その他	□加入していない
			<u> </u>
		令和 年 月 日の□	午前 · □ 午後 時頃
	負傷した時間帯(状況)	□ 勤務時間中 □ 勤務日の休憩中 □ 出張中 □ 私用中 □ その他 ( ) □ 通勤途中 ( □ 出勤 □ 退勤 / □ 寄り道等あり □ 寄り道等なし)	
	負傷場所	□ 会社内 □ 路上 □ 駅構内 □ 自宅 □	その他 ( )
	負傷原因	□ 交通事故 □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中 (□ 職場行事 □ 職場行事以外) □ 動物による負傷 (飼い主 : □ 有 □ 無) □ 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: □ いる → □ あなたは被害 → □ あなたは加害 □ いない	_
	   負傷したときの状況を具体的に		の畑山が必安です。
	ご記入ください		
	治療経過	令和 年 月 日現在 [	□ 治癒 □ 治療継続中 □ 中止
	治療期間	令和 年 月 日から令和	コ 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	□ 業務災害 上記、本人の申し立てのとおり、 □ 通勤災害 に相違ないことを認めます。		
業	<b>キ₩=&lt;=&lt;+</b> IL	_ <i></i>	
主	事業所所在地		受付日付印
欄	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	( )	
		玩具人形健康保険組合	(R6.12)