

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

下記のとおり負傷原因の届出をします。

年 月 日

| | | | | | | |
|---|----------------------|----|------|---|---|---|
| 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) | | | | | |
| | 氏名 (フリガナ) | | | | | |
| | 住所 (〒 -) 都 道 府 県 | | | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 本申請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 続柄) | | | | |
| | 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() | 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 | 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"/> 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。 | | | | | |
| | 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 日から | 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 | | 年 月 日 | |
| | 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 | | | | | | |
| 電話番号 | () | | | | | |

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

(2022.7)
受付日付印