

健康保険
負傷原因届

被保険者(届出者)・
事業主記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)情報	記号	123	番号	4567890	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	00	901
	氏名・印	(フリガナ)	ケンボ 太郎	健保 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒	××× - ××××)	東京	都道府県	〇〇〇	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	××	(△△△)	〇〇〇〇				
<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☑)								

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 checked="" 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☑を選択ください。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	傷病名	右膝蓋骨骨折	
	負傷日時	平成 30 年 4 月 10 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 11 時頃	
	負傷した時間帯(状況)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。	会議準備中の際に階段で足を滑らせて転倒したため	
治療経過	平成 30 年 5 月 15 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
治療期間	平成 30 年 4 月 10 日から平成 30 年 5 月 10 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、(〒) 事業所記入欄 ます。		
	事業所名称			
事業主氏名	印			
電話番号	()			
				(29.3) 受付日付印