

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 | 0 | 9 | 0 | 1 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | | | |
| 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 | 令和1年5月10日 | <input type="checkbox"/> 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 | 令和1年5月15日現在 | <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 |
| 治療期間 | 令和1年5月10日から | 令和1年5月15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 | 事業所記入欄 | | | |
| 事業主氏名 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| (1.5) | | | | | |
| 受付日付印 | | | | | |