

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	被保険者の	記号	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ)		
	住所	〒 -		
	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☑)			
被保険者の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	
	負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 請負 <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> インターンシップ <input type="checkbox"/> 労災保険に特別加入 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 → () <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> いない
	傷病名	
	負傷日時	令和 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 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 → <input type="checkbox"/> 飼い主 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> どれにもあてはまらない
	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。	<input type="checkbox"/> 相手なし <input type="checkbox"/> 相手あり → あなたは <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者 → 第三者行為による負傷届の提出が必要です
	負傷したときの状況を具体的に記入ください。	
	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	

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受けてください。	
	事業所の 労災適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中
	業務(通勤) 災害該当の確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 「無」の場合、その理由 ()
	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。	
	事業所所在地	令和 年 月 日
事業所名称	電話 ()	
事業主氏名		

受付日付印

(R6.12)