

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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)		昭和 平成 令和			
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL:					

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	被保険者・ 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口を選択ください。	正社員、契約、派遣、パート、アルバイト 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 無職 その他()	労災保険に特別加入 していますか。 している していない			
	傷病名					
	負傷日時	平成 令和		午前・	午後	時頃
	負傷した時間帯(状況)	勤務時間中 通勤途中()	勤務日の休憩中 出勤 退勤 /	出張中 寄り道等有り	私用中 寄り道等無し	その他()
	負傷場所	会社内	路上	駅構内	自宅	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	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			
	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: 有	無	あなたは被害者 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	平成 令和		現在	治癒	治療継続中 中止	
治療期間 ※治療継続中の方は治療開始日のみ記入	平成 令和		から	平成 令和		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				
事業主氏名					
電話番号					
受付日付印					