

健康保険 負傷原因届

または記入をお願いいたします

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号番号		生年月日		年	月	日
	記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名 (フリガナ)		TEL		(日中の連絡先)		
	住所 〒						

※ 虚偽の申告は法令等違反になり、罰せられることがあります。
 ※ 提出後、申請内容に変更があった場合は速やかにご連絡ください。

被 保 険 者 ま た は 負 傷 し た 方 が 記 入 す 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	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 法人の役員 → (労災保険に特別加入 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	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・食事中 <input type="checkbox"/> 出張中(社外用出含) <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道有り・ <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 私用中 <small>※「私用中」以外の方は「事業主欄」の記入が必要になります。</small>	
	※上記「私用中」以外の方 負傷した方の仕事内容	(例: 電動工具を使い製品の加工 等)	普段の作業人数 _____ 人位
	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 (例: 庭 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 → (<input type="checkbox"/> 相手のいる事故 / <input type="checkbox"/> 自損事故) <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 飲酒 → (何を: _____ / 何杯: _____ 杯) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	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"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 相手が逃げて不明
	相手がいる場合: 過失の割合	あなた (_____) 割 : 相手 (_____) 割	<input type="checkbox"/> 現時点では不明のため分かり次第連絡します。
	負傷したときの状況を具体的に記入ください。	(例: 休日公園をジョギングしているときに縁石につまづいて足を骨折した 等)	
負傷病名	受診医療機関 _____		
治療経過	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 現在	<input type="checkbox"/> 治療 <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	業務災害および通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。	
	業務(通勤)災害該当の確認	<input type="checkbox"/> 有 → 認定 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 管轄労基等 _____ 担当 _____ 様 <input type="checkbox"/> 無 → 理由 _____
	上記、本人の申し立てのとおり業務災害または通勤災害に相違ないことを認めます。	
	事業所所在地 _____ 事業所名称 _____ 事業主氏名 _____ 電話番号 _____	_____ 受付印