

★赤枠の中を全て記載してください

番号 資格情報のお知らせ／資格確認書／マイナポータル
でご確認ください。

記号

AC : 1

AT : 16

AYF : 19

AK : 24

AKT : 26

ATC : 27

AKAM : 28

AKHM : 29

AKEP : 30

TACO精機 : 31

AKE : 32

健康保険 負傷原因

記号	番号	生年月日	年	月	日
	1	昭和	6	10	3
(フリガナ)	ケンポ タロウ	平成	6	1	0
健保 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。	3	2	5
(〒 110 - 0001)	東京	都 道 府 県	港区浜松町	丁目	●●● - ●●●
TEL XX (XXXX) XXXX	※ご自宅の住所を郵便番号から記載				

被保険者または負傷した方が記入すると	負傷した方 ※被保険者⇒社員／被扶養者⇒家族	☐ 被保険者・ ☒ 被扶養者 (氏名 健保 花子)
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	左橈骨遠位端骨折 ※詳しい傷病名が不明な場合は『左腕の骨折』など分かる範囲で記載	
負傷日時	※勤務途中の場合は出勤／退勤、 寄り道有り／無しを必ず✓ 令和 7 年 4 月 13 日 ☐ 午前・ ☒ 午後 9 時頃	
負傷した時間帯 (状況)	☐ 勤務時間中 ☐ 勤務日の休憩中 ☐ 出張中 ☐ 私用中 ☐ その他 () ☒ 通勤途中 ☒ 出勤 ☐ 退勤 ☒ 寄り道等有り ☐ 寄り道等無し	
負傷場所	☐ 会社内 ☐ 路上 ☐ 駅構内 ☐ 自宅 ☒ その他 (帰宅途中のスーパーの階段)	
負傷原因 ※当てはまるものを選択⇒ 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 (飼主: ☐ 有 ☐ 無) ☒ あてはまらない	
※上で『あてはまらない』以外に✓した方は必ず記載	※スポーツ中の場合は 職場行事が職場行事以外かも✓	
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 「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。※なるべく詳細に記載	例) パート先から帰宅途中、買い物で立ち寄ったスーパーの中の階段で足を滑らせ転倒し負傷した。 自分一人での転倒で他人の係わりなし／他人に押されて転倒したため他人の係わりあり 等	
治療経過	令和 7 年 5 月 31 日現在 ☒ 治療 ☐ 治療継続中 ☐ 中止	
治療期間	令和 7 年 4 月 13 日 から 令和 7 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。			※治療継続中の場合は 治療終了日は空欄で可
	事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	
	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 ☐ 業務災害 ☐ 通勤災害 に相違ないことを認めます。		
	事業所名称	※青枠内※ ・業務災害・通勤災害でない場合⇒記載不要。空欄のままご提出ください。 ・業務災害・通勤災害の場合⇒事業主の記入を受けてください。		
事業主氏名			(02.4)	
電話番号	()		受付日付印	

人事・業務担当者

健保使用欄

常務理事

事務長

担当者