

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

被保険者証の (右づめ)	事業所番号 0 0 0	番号	生年月日 年 月 日
氏名・印 (フリガナ)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所 (〒 -)			印
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	自署の場合は押印を省略できます。	

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 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 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。 □している □していない
傷病名		
負傷日時	□平成・□令和 年 月 日	□午前・□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"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)	
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 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input 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 type="checkbox"/> あなたは被害者 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無	※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 年 月 日現在	□治癒 □治療継続中 □ 中止
治療期間	□平成・□令和 年 月 日から□平成・□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	()			
印				
受付日付印				