様式12

地域医療振興協会 健康保険組合
JADECOM Health Insurance Organization

負傷原因届

記入例

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号（左づめ）	記号 9999 － 番号 1000 ／ 枝番 12	生年月日	☑ 昭和 □ 平成 年 XX 月 X 日 X	性別 ☑ 男 □ 女
	フリガナ	チイキ　タロウ			
	氏　名	地域　太郎		□ 自宅 ☑ 携帯 12340000	
	住　所	〒 000 － 0000	△△1-2-3（町名・番地）		
		東京都（都道府県）	○○区（市区町村）	□□マンション101号室（アパート・マンション名）	

枝番は、保険証に印字されている場合に記入

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 地域　ヨシコ
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択してください。	□ 正職員、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。 □ 特別加入している □ 特別加入していない
	傷病名	ろっ骨骨折
	負傷日時	□ 平成 ☑ 令和 年 XX 月 X 日 X　☑ 午前 □ 午後 時 11 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 ☒ 通勤途中（ □ 出勤　□ 退勤 ／ □ 寄り道等あり　□ 寄り道等なし ） □ その他
	負傷場所	□ 職場内　□ 路上　□ 駅構内　☑ 自宅　□ その他
	負傷原因	□ 交通事故　□ 暴力(ケンカ)　☒ スポーツ中（ □ 職場行事　□ 職場行事外 ） ☒ 動物による負傷（ 飼い主：□ 有　□ 無 ）　☑ あてはまらない
	負傷原因となった相手の有無	相手：☒ 有 → □ あなたは被害者 / □ あなたは加害者 ☑ 無
	負傷時の具体的状況	自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまった
	治療経過	□ 平成 ☑ 令和 年 XX 月 X 日 X　現在 □ 治癒、または症状固定　☑ 治療継続中　□ 中止
	治療期間	□ 平成 ☑ 令和 年 XX 月 X 日 X から　□ 平成 □ 令和 年 月 日 まで

「治療継続中」の場合は空欄可

●事業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

事業主記入欄	事業所の労災適用	□ 有　□ 無	社員総数	
	業務(通勤)災害該当の確認	□ 有　□ 無	「無」の場合はその理由	

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。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話　（　　　　　）

組合受付印	事業所受付印
	受付 '17.XX.XX ○×病院

業務（通勤）災害の場合は、事業主が記入

ver.20230401