

被保險者(届出者)・事業主記入用

被保険者（申請者）情報	記号 番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)		番号		
	氏名 (フリガナ)		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住所	(〒)	都 道 府 県		
	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 ☐ 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	令和 年 月 日	☐ 午前・ ☐ 午後	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（ ）		
	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） ☐ 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： ☐ 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	令和 年 月 日	現在	☐ 治癒 ☐ 治療継続中 ☐ 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 ☐ 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				
	事業主氏名				
電話番号					
					受付日付印

受付日付印