

# 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      | 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<br>記号・番号<br>(左づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
|                  | 氏名                      | (フリガナ)               | 生年月日                         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日                |
|                  | 住所                      | (〒 )                 | (都 道<br>府 県)                 |   |                      |
| 電話番号<br>(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  | <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<br>※該当するものを含む <input type="checkbox"/> 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<br><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<br><input type="checkbox"/> 無職<br><input type="checkbox"/> その他( )  | 労災保険に特別加入<br>していますか。<br><input type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない |                                       |
|                      | 傷病名  |   |   |                                       |
|                      | 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"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他( )<br><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<br>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)<br><input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)<br><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"/> 無   | <input type="checkbox"/> あなたは被害者<br><input type="checkbox"/> 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<br>ご記入ください。                                 |   |   |                                       |
|                      | 治療経過   | 令和 年 月 日現在  | <input type="checkbox"/> 治癒 <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<br>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<br>(〒 ) | <input type="checkbox"/> 業務災害<br><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  | ( )                            |                        |  |               |

受付日付印