

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

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 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者証の (右づめ) | XX | 9999 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | XXXXXX | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) アコム タロウ | 阿込 太郎 | <input type="checkbox"/> 平成 | | |
| | 住所 | (〒 123 - 4567) | 〇〇 〇〇市〇〇1-2-3 | <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL XX (XXXX) XXXX | | | | | |

| | | | |
|----------------------|--|---|---|
| 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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> を選択ください。 | <input checked="" 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。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない |
| | 傷病名 | 左下肢骨折、左上腕擦過傷 | |
| | 負傷日時 | 平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日 | <input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 XX 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <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 ご記入ください。 | 運動(フットサル)中に転倒し、ゴールポストに体当たりしてしまった。 | |
| | 治療経過 | 平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日現在 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 |
| 治療期間 | 平成・令和 XX 年 XX 月 XX 日から 平成・令和 XX 年 XX 月 XX 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 |
| | 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 | (〒 -) | <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 | | | 印 |
| 電話番号 | () | | |

(01.5)

受付日付印