

# 健康保険 負傷原因届

被保険者・事業主記入用

常務理事	事務長	担当者
記入例		

被保険者情報	被保険者証の記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	〇〇株式会社〇〇営業所
	氏名	健保 太郎			生年月日	1985 年 12 月 1 日
	住所	(〒 111 - 1111 ) 〇〇県〇〇市〇〇町2-15-6				
	電話番号 (日中の連絡先)	012	(	234	)	5678
	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

被保険者または負傷した方の記入欄	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	<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	右膝関節靭帯損傷				
	負傷日時	2022 年 7 月 8 日		<input checked="" type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後 11 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( サッカーコート )				
	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、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"/> あなたは被害者		※相手がいる場合の負傷は『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	サッカーをしていて転んだ。				
	治療経過	2022 年 8 月 31 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	2022 年 7 月 8 日 ~		治療中 日			

治療継続中の場合は治療開始日と治療中にご記入ください

※ 負傷した時間帯(状況)が勤務時間中・出張中・通勤途中の場合は、事業主の記入をうけてください

事業主欄	事業所の労災適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		
	業務(通勤)災害 該当の確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 「無」の場合、その理由		
	事業所所在地	上記、本人の申し立てとおり <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			
TEL	( )			
				受付印