

健康保険 負傷原因届

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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 [][][][][][][][][][][][][]		
	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 ([] [] [] [] [] [])				
	☐ 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 ☐ 無		※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	([] [] [] [] [] [])			

常務理事	事務長	担当者