健康保険　負傷原因　届

被保険者（届出者）・事業主記入用

社員番号		←記入してください。

記　入　例

被保険者（届出者）情報

	記号	番号	生年月日	年	月	日
被保険者等記号・番号（左詰め）	1	○○○○○○	☑昭和 ☐平成 ☐令和	6	01	15

氏名	（フリガナ）　ケンポ　タロウ 健保　太郎	ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（届出者）の氏名（サイン）をご記入ください。
住所	（〒　×××　－　××××　） 東京都世田谷区△△１－１－１	
電話番号（日中の連絡先）	０９０（１１１１）××××　メールアドレス	△△△△@□□□.co.jp

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	左上腕骨折
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 負傷原因で次に当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
上記に当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 → ☐あなたは被害者 ☑無 → ☐あなたは加害者 ※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。
負傷したときの状況を具体的にご記入ください。	負傷時の状況を詳しくご記入ください。
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

業務災害およ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			

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。

事業所所在地	（〒　－　）
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

（令3.4）

受付日付印

パーソルキャリア健康保険組合