

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

被保険者証の （左詰め）	記号 1	番号 ○○○○○○	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 6 0 1 0 1 5
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 世田谷区△△1-1-1 都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1111) ××××		

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	<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	左上腕骨折	
負傷日時	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ○ 時頃
負傷した時間帯（状況）	<input checked="" 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 () <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 checked="" 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	<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) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> 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： <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 <input checked="" 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		
事業所所在地	上記、本人の申し立てのとおり <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				
電話番号	()			

(令3.4)

受付日付印