

# 健康保険 負傷原因 届

被保険者・事業主記入用

負

記入方法および添付書類等については、「健康保険 負傷原因届 記入の手引き」をご確認ください。

届書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	被保険者等の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 - )			都 道			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )			府 県			

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 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 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"/> 特別加入している <input type="checkbox"/> 特別加入していない			
	傷病名								
	負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	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 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 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 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 type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者		※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。			
	負傷した時の状況を具体的に ご記入ください。								
	治療経過	令和 年 月 日現在		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止					
治療期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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受けてください。				
	事業所の労災適用	有・無	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	( )				

受付日付印