

# 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、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

被保険者証の (左つめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。			
住所	(〒 - )	都 道				
電話番号	TEL ( )	府 県				
(日中の連絡先)						

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	平成 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"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 有 → <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	平成 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	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日まで

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	(〒 - )	<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	( )	

様式番号  協会使用印