

# 健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右つめ)	記号 <input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>	番号 <input style="width: 200px; height: 25px;" type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ) -----		
	住所	(〒 - ) TEL ( )	都 道 府 県	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 )		
	傷病名			
	負傷日時	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( )		
	負傷場所	<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"/> 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( ) <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"/> 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。	<input type="checkbox"/> 無		
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	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。		
	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	<input type="checkbox"/>	

受付日付印
-------