

# 健康保険

被保険者  
家族

# 負傷原因届

被保険者(届出者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者 記号・番号 (右づめ)	記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。			生年月日	年	月	日
		記号		番号				
	個人番号				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名	(フリガナ)			資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
				資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
住所	(〒 - )							
電話番号 (日中の連絡先)	TEL							

被保険者または負傷した方が記入するところ	① 負傷した方	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 ・ 2. 被扶養者 (2の場合は氏名)						
	② 負傷した方の勤務形態 ※ 法人役員に該当する方は②-1にも回答お願いいたします。	<input type="checkbox"/>	1. 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト 2. 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ 3. 無職 4. その他 ( )	②-1 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				
	③ 傷病名							
	④ 負傷日時	令和	年	月 日	<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃		
	⑤ 負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/>	1. 勤務時間中 2. 勤務日の休憩中 3. 出張中 4. 私用中 5. その他( ) 6. 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)					
	⑥ 負傷場所	<input type="checkbox"/>	1. 会社内 2. 路上 3. 駅構内 4. 自宅 5. その他 ( )					
	⑦ 負傷原因	<input type="checkbox"/>	1. 交通事故 2. 暴力(ケンカ) 3. スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) 4. 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 5. あてはまらない					
	⑧ 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。	<input type="checkbox"/>	1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無 <input type="checkbox"/>	<有の場合> 1. あなたは被害者 2. 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。			
	⑨ 負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。							
	⑩ 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		
	⑪ 治療期間	令和	年	月	日	から 令和	年	月

受付日付印