

健康保険 負傷原因届

記入例

被保険者情報	記号	1 1 1 1	番号	1 1 1 1 1 1	生年月日	年 月 日
	被保険者証の				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0 1 0 1 0 1
	氏名・印	サカイ タロウ 堺 太郎			自署の場合は押印を省略できます。	
	住所	(〒 111 - 1111) ○○県○○市○○1-1-1				
電話番号	TEL	111-1111-1111				
<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 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 ※該当するものを含む☐を 選択してください。	<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()				
	傷病名	骨折				
	負傷日時	令和 4 年 1 月 15 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 10 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(☐ 出勤 ☐ 退勤 / ☐ 寄り道等有 ☐ 寄り道等無)				
	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 (☐ 職場行事 ☐ 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: ☐ 有 ☐ 無) <input checked="" 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、 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <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。	現場作業中、大型家具を階段から降ろす際、足を滑らせ落下。 足が家具の下敷きになる。				
	治療経過	令和 4 年 4 月 1 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 4 年 1 月 16 日 から 令和 4 年 3 月 25 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・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	(〒 -) この欄は当組合が使用する欄ですので 記入の必要はございません。 印 ()		

常務理事	事務長	担当	担当