



振込希望口座	① 支区分	1 金融機関										
		金融機関コード					⑦ 銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所
		※					信連・信漁連 農協・漁協					本所・支所 本店・支店
		② 預金種別		1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段		口座番号					口座名義	

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										平成	年	月	日
	被保険者 (申請者)		住所		氏名						⑧			
	代理人の 氏名と印		(フリガナ)						委任者と 代理人 との関係		⑨			
	代理人の 住所		(〒 - )						電話		( )			

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

⑩ 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック（☑）してください。）	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. だれが・いつケガ（負傷）をしましたか。</p> <p>氏名 平成 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇含む） <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中（<input type="checkbox"/> 出勤・<input type="checkbox"/> 退勤） <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用・<input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。</p> <p><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"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外） <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</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。</p> <p>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 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。</p>
	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____ 平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>医療機関名 _____ 平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 加入有 ・ <input type="checkbox"/> 加入無</p>

社会保険労務士の  
提出代行者印

⑪

平成 年 月 日提出

受付日付印