

振込希望口座	① 支払区分	1 金融機関		②		銀行 金庫 信組		店・本店 支店・出張所	
		金融機関コード							
		※				信連・信漁連 農協・漁協		本所・支所 本店・支店	
		③		1:普通 4:通知 2:当座 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	受取人情報		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		④	
	代理人の 氏名と印		(フリガナ)		委任者と 代理人 との関係	
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。

⑤ 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	[負傷日時・場所等]		[受診した医療機関]	
	<p>1. だれが・いつケガ（負傷）をしましたか。</p> <p>氏名</p> <p>平成 年 月 日（ 曜日）</p> <p><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）</p> <p><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）</p> <p><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</p> <p><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）</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> あなたは加害者</p> <p><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>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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

⑥

平成 年 月 日提出

受付日付印