


健康保険 負傷原因 届

被保険者・事業主記入用

負

記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号(マイナンバー)は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。			
	氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 -)			都(道)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			府(県)			

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)					
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、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()				労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 特別加入している <input type="checkbox"/> 特別加入していない	
	傷病名						
	負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		<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() <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)					
	負傷場所	<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()					
	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"/> 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"/> 無		<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者		※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。	
	負傷した時の状況を具体的に ご記入ください。						
	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	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 平成 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受けてください。				
	事業所の労災適用	有・無	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	()				
(2026.6)					
受付日付印					

様式番号

協会使用欄