



船員保険 負傷原因届

負

被保険者 (申請者) 欄	①	記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	②	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	③	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) -----	
	④	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	⑤	住所	郵便番号	電話番号 (日中の連絡先)

被保険者または負傷した方が記入するところ	⑥	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ()
	⑦	負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、パート、アルバイト、派遣 <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> 無職(学生を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑧	傷病名	
	⑨	負傷日時	令和 年 月 日 午前 午後 時頃
	⑩	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出勤・退勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑪	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑫	負傷した状況	<input type="checkbox"/> 交通事故、暴力(ケンカ)等、相手がいる負傷 <input type="checkbox"/> 自己転倒等、相手がない負傷
	⑬	負傷した時の状況を 具体的にご記入ください。	
	⑭	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
	⑮	治療期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1
受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部