

# 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(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	記号・番号		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 昭和		
	<input type="checkbox"/> 平成		
<input type="checkbox"/> 令和			
個人番号 (マイナンバー)		記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)	
氏名	(フリガナ)		
住所	(〒 - )	都道府県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		

被 保 険 者 ま た は 負 傷 し た 方 が 記 入 す る と こ う	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□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( )
		<input type="checkbox"/> 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"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input type="checkbox"/> 令和
	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"/> あなたは被害者 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無
	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 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
	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 (〒 - )	<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 ( )			
受付日付印 <span style="float: right;">(2025.10)</span>				

様式番号

--	--	--	--	--	--

協会使用欄

--	--	--	--



全国健康保険協会  
協会けんぽ