

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。		生年月日	年	月	日
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	所属	部署名(出向者は出向先の会社名) を記入してください。		
	住所	(〒 485 - 0831)	愛知県小牧市〇〇〇1-〇-〇 △△マンション〇〇〇号室				
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅 0568 (xx) xxxx	携帯 090 (xxxx) xxxx				
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 健保 花子)		
	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 checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()		
	傷病名	右足首捻挫		
	負傷日時	平成 30 年 4 月 2 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 8 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	ランニング中に捻った		
	治療経過	平成 30 年 4 月 15 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
治療期間	平成 30 年 4 月 3 日から 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うけてください。				
	事業所の労災適用	有・無・申請中	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	上記のとおり相違ないことを証明する。			
	事業所名称	(〒 -)	事業主氏名		
電話番号	()				
受付日付印					