

【記入例】

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

健康保険 負傷原因届

□は該当するものに✓をご記入ください。

被保険者（届出者）・事業主記入用

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 6000	番号 999999	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 年 10 月 1 日 (歳)
	被保険者氏名	(フリガナ) ケホ 知 健保 太郎 ㊟			
	連絡先住所・ 電話番号	(〒 100 - 0001) 東京都千代田区千代田 0 - 0 - 0 (TEL : 03-0000-0000)			
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員、契約社員、派遣、 <u>パート</u> 、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 法人の役員 → (労災保険特別加入: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	傷病名	左橈骨遠位端骨折			
	負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6 年 1 月 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 10 時頃			
	負傷した時の状況	<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"/> 出勤時 <input type="checkbox"/> 退勤時 / <input type="checkbox"/> 寄り道有り <input type="checkbox"/> 寄り道無し)			
	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 checked="" type="checkbox"/> その他 (※ある程度分かるように)			
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input checked="" type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input checked="" type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまる項目がない			
	上記負傷原因にあてはまる 項目がある場合	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 checked="" type="checkbox"/> 無 ※相手: <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。			
	学校で負傷した場合のみ ご記入ください	日本スポーツ振興センター災害共済給付制度から給付金を <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない			
	負傷した時の状況を 具体的に記入ください	※実際に負傷された状況の詳細を記入してください			
	治療経過	<input type="checkbox"/> 平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 10 月 1 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	<input type="checkbox"/> 平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 8 月 15 日 から <input type="checkbox"/> 平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで				
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の届出を事業主に委任します。					

事 業 主 記 入 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	社員総数	名	事業内容
	業務(通勤)災害 該当の確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 無の場合、その理由		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	<input type="checkbox"/> 上記、本人申し立てのとおり、(<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。 <input type="checkbox"/> 上記、記載内容のとおり証明いたします。 ㊟				

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印