

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 負傷原因届

□は該当するものに✓を記入ください。

被保険者(届出者)・事業主記入用

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日	□昭和 年 月 日 (歳) □平成
	被保険者氏名	(フリガナ)			
	連絡先住所・ 電話番号	(〒 - )			(TEL : )
	負傷した方	□ 被保険者 ・ □ 被扶養者(氏名)			
	負傷した方の勤務形態	□ 正社員、契約社員、派遣、パート、アルバイト □ 請負、ボランティア、インターンシップ等 □ 法人の役員 → (労災保険特別加入: □ 有 □ 無) □ 無職 □ その他( )			
	傷病名				
	負傷日時	□ 平成・□ 令和 年 月 日 □ 午前・□ 午後 時頃			
	負傷した時の状況	□ 勤務時間中 □ 勤務日の休憩中 □ 出張中 □ 私用中 □ その他( ) □ 通勤途中(□ 出勤時 □ 退勤時 / □ 寄り道有り □ 寄り道無し)			
	負傷場所	□ 会社内 □ 路上 □ 駅構内 □ 自宅 □ その他( )			
	負傷原因	□ 交通事故 □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中(□ 職場行事 □ 職場行事以外) □ 動物による負傷(飼い主: □ 有 □ 無) □ 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: □ 有 → (□ あなたは被害者 □ あなたは加害者) □ 無 ※相手: □ 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 □ 受けている □ 受ける予定 □ 受けていない			
負傷した時の状況を 具体的にご記入ください					
治療経過	□ 平成・□ 令和 年 月 日現在 □ 治癒 □ 治療継続中 □ 中止				
治療期間	□ 平成・□ 令和 年 月 日 から □ 平成・□ 令和 年 月 日 まで				
□ 本申請書の届出を事業主に委任します。					

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 事業所名称 事業主氏名 電話番号	□ 上記、本人申し立てのとおり、(□ 業務災害 ・ □ 通勤災害)に相違ないことを認めます。 □ 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