

健康保険 負傷原因届

被保険者(届出者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号 番号	事業所の名称	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和	[] [] [] [] [] []		
				<input type="checkbox"/> 平成			
	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ろ	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 <input type="checkbox"/> 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()	労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	傷病名		
	負傷日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 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 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 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"/> 無 有の場合: <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。		
	この負傷で受診(受療)をした 医療機関・柔整・鍼灸等の名称	1	
	2		
	3		
治療期間	1	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	受付日付印
	2	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	3	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
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		