

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報	記号	3 9 0 7	番号	〇 〇 〇 〇 〇	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	4	4	15
					<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)	キタムラ タロウ						
		北村 太郎						
住所	(〒	222	-	0033)	神奈川県		
						神奈川県		
電話番号(日中の連絡先)	TEL	045	(〇〇〇)	〇〇〇〇		
								横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号
<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	北村花子)
	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()		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	右膝内側靭帯損傷		
	負傷日時	令和 6 年 5 月 3 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後	4 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 type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input checked="" 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 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	自宅の階段を上っていた時、足を滑らせ転倒した為		
	治療経過	令和 6 年 5 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	令和 6 年 5 月 3 日	から	令和 6 年 7 月 頃まで	

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、本人の申し立てのとおり	<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。
	事業所名称	(〒 -)		
事業主氏名				
電話番号	()			
			受付日付印	