

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者情報	会社名 (出向者は出向元の会社名)	株式会社●●●●	社員番号	1234567	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	健康保険の 記号・番号	(記号) 10 (番号) 1234	<input type="text"/>				
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所	(〒 500 - 0000)	大阪 都道府県	大阪市●●町	1-2-3		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (●●●●) ●●●●					

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 checked="" 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☐を選択ください。	<input checked="" 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	右膝前十字靭帯損傷				
	負傷日時	令和 ●年 ●月 ●日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後	2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 type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他(フットサルコート内)				
	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 checked="" 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 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。	フットサルの試合中に転倒し負傷				
	治療経過	令和 ●年 ●月 ●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 ●年 ●月 ●日	から	令和 ●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。				
	事業所の名称				
	業務(通称)				
	該当の部署				
	事業所所在地	事業主が記入			
	事業主氏名	事業主が記入			
電話番号	事業主が記入				
受付日付印					