

負傷の原因について(負傷原因届)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	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。										
	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭・平・令	年	月	日					
	住所	〒 - 都・道 府・県			〇〇									
					電話番号 (日中の連絡先)	()								
	提出委任	<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 type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名) 続柄()										
	負傷した方の勤務形態 <small>※該当含む□を選択してください</small>	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、 <u>法人の役員</u> 、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							診療月	年	月		
	負傷日時	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃										
	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)										
	(※)上記状況が私用以外の場合	労働災害(労災)に該当するか労働基準監督署へ確認はお済みですか <input type="checkbox"/> 該当しないことを確認 <input type="checkbox"/> 未確認 確認済の場合、どちらの監督署に問合せしていますか						労働基準監督署				
	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	<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の相手等の有無および状況	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、「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。										
	どのように負傷されたか(具体的に)											
	受診医療機関名											
	治療経過	年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 中止										
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで											

◆ 注意事項 ◆

- ※ 業務中または通勤途上中などの場合、健康保険をお使いいただく前に、労働災害(労災)に該当するか労働基準監督署へ確認が必要となります。
- ※ 健康保険をご使用になった後、労災に該当することが確認された場合、当組合にて負担している医療費の返納と労働災害(労災)への切替となる手続きが発生します。

受付日付印

負傷の原因について(負傷原因届)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 1 2 3 4	番号 5 6 7 8	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。											
	氏名	(フリガナ)ケンポ タロウ 健保 太郎													
	生年月日	昭・平・令 ××年 ×月 ××日													
	住所	〒110-0000 東京都 都・道 〇〇区〇〇〇 ×-×-× 府・県 □□マンション×××号													
	提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) 電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××													

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	□ 被保険者 ・ ☑ 被扶養者 (氏名 健保 一郎) 続柄(長男)	
	負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、 <u>法人の役員</u> 、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(大学生)	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	右足首骨折	診療月 ×年 8月
	負傷日時	×年 8月 1日 □ 午前 ・ ☑ 午後 8時 00分頃	
	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 ☑ 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中(□ 出勤 □ 退勤 / □ 寄り道等有り □ 寄り道等無)	
	(※)上記状況が私用以外の場合	労働災害(労災)に該当するか労働基準監督署へ確認はお済みですか <input type="checkbox"/> 該当しないことを確認 <input type="checkbox"/> 未確認 確認済の場合、どちらの監督署に問合せしていますか 労働基準監督署	
	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 ☑ その他(観光先)	
	負傷原因	<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 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の相手等の有無および状況	相手: <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 ☑ 無 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 ※ 相手がいる場合の負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。	
	どのように負傷されたか(具体的に)	段差につまづき、転倒した時に手をついたため	
	受診医療機関名	〇〇〇〇〇	
	治療経過	×年 8月 24日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 ☑ 継続治療中 <input type="checkbox"/> 中止	
治療期間	×年 8月 1日から 年 月 日まで		

◆ 注意事項 ◆

- ※ 業務中または通勤途中上などの場合、健康保険をお使いいただく前に、労働災害(労災)に該当するか労働基準監督署へ確認が必要となります。
- ※ 健康保険をご使用になった後、労災に該当することが確認された場合、当組合にて負担している医療費の返納と労働災害(労災)への切替となる手続きが発生します。

受付日付印