

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	記号番号が分からぬ場合は、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	○○			
					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ですか 確認済の場合、どちらの監督署に問合せていますか			<input type="checkbox"/> 該当しないことを確認 <input type="checkbox"/> 未確認		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 <input type="checkbox"/> 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)						
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 番号 1 2 3 4 5 6 7 8	記号番号が分からぬ場合は、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 府・県 ○○区○○○ ×-×-×	□□マンション×××号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××	
	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 <input checked="" type="checkbox"/>		

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) 健保 一郎) 続柄(長男)			
	負傷した方の勤務形態 ※該当含む□を選択してください	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、 <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 (<u>大学生</u>)		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 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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)			
	(※)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ですか 確認済の場合、どちらの監督署に問合せていますか			<input type="checkbox"/> 該当しないことを確認 <input type="checkbox"/> 未確認 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 checked="" type="checkbox"/> その他(<u>観光先</u>)			
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者			
	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	○○○○○			
	治療経過	× 年 8 月 24 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 繼続治療中 <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