

健康保險 負傷原因届

提出日 令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	—		被保険者の 氏名		
生年月日	年 月 日			性 別	☐ 男 ☐ 女
被保険者の 現住所	〒 — 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		☐ 被保険者・ ☐ 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。		☐ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト ☐ 請負、ボランティア、インターンシップ等 ☐ 法人の役員 →労災保険に特別加入していますか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 無職 ☐ その他（ ）		
	傷病名				
	負傷日時		年 月 日 ☐ 午前・ ☐ 午後 時頃		
	負傷した時間帯（状況）		☐ 勤務時間中 ☐ 勤務日の休憩中 ☐ 出張中 ☐ 私用中 ☐ その他（ ） ☐ 通勤途中（ ☐ 出勤 ☐ 退勤 / ☐ 寄り道等有り ☐ 寄り道等無し）		
	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、あなたは被害者ですか、加害者ですか。		相手： ☐ 有 ☐ あなたは被害者 ☐ あなたは加害者 ☐ 無		
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。				
	治療経過		月 日現在 ☐ 治癒 ☐ 治療継続中 ☐ 中止		
	治療期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで		

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。

事業主欄	上記、本人申し立てのとおりに ☐ 業務災害 ☐ 通勤災害 に相違ないことを認めます。	
	令和 年 月 日	(受付日付印)
	事業所所在地	
	事業主名称	
	事業主代理人氏名 ⑩	

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者