

健康保険 負傷原因届

健康保険本人(被保険者) 被保険者証	令和4年11月1日交付	業所
記号 XXXX 番号 XXXXXXXX (枝番) XX		係
有効期限 令和 YY年 MM月 DD日		
氏名 東罐 一郎	見本	
生年月日 昭和 YY年 MM月 DD日 性別 男		
資格取得年月日 平成 YY年 MM月 DD日		
被保険者所在地 〒141-0022 東京都品川区東五反田2丁目18-1		
被保険者番号・名称 [] 東洋製罐健康保険組合		

被保険者(申請者)情報	記号	番号	日	
	被保険者証の(右づめ)	X X X X	X X X X X	日
	氏名	(フリガナ) トウカン イチロウ (自署) 東罐 一郎 自筆で記入してください		
	住所	(〒 141 - 9999) 東京都品川区●●町 1-2-3 ■■ハイツ101		
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (9999) 9999			
<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)	
	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 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		
	負傷日時		
	負傷した時間帯(状況)		
	負傷場所		
	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"/> あ	
	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 有の場合: <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。		
	治療経過	令和 年 月 日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input 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	

本欄の全項目を記入してください

★ 通勤・就労中に負傷した場合は必ず事業主(勤務先)に提出してください

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(右欄に申請日を記入)	労災申請日 令和 年 月 日
	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	()		

健保 受付日付印	事業所 受付印
----------	---------