

健康保険 負傷原因 届

学研健康保険組合 理事長 殿

令和 ○年 ○月 ○○日提出

被保険者(申請者)・事業主記入用

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被 保 険 者 証	記 号 123	番 号 4567	生年月日 昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日 令和	
	氏 名	(フリガナ) ケンポ ジロウ 健保 次郎			
	住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 143 - 0000 東京都品川区00五反田1-2-3 090 (0000) 0000			

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 続柄)		
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む □を選択してください	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員、契約、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 諸負、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		法人役員の方、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	骨折		
	負 傷 日 時	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	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"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等あり <input type="checkbox"/> 寄り道等なし)		
	負 傷 場 所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" 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 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 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、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"/> 有り <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <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 提出が必要です	
	負傷した時の状況を 具体的にご記入ください	外出時、路上にて躓き転倒した		
	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 ~ 年 月 日まで			

事 業 主 記 入 欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください				
	事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	名	事業内容
	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 事業所名称 事業主氏名 電話番号	本人の申し立てのとおり 業務災害 通勤災害 に相違ないことを認めます。			

受付日付印