健康保険 負傷原因届

被保険者情報			
記号・番号	記号 □□□□ 番号 □□□□□□	生年月日	□昭和 □平成 □令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日
氏　名	フリガナ	電話番号	
住　所	〒		

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項目に ☑を入れてください。	□ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト □ 請負、法人役員、ボランティア、インターンシップ等 □ 無職 □ その他（　　）	※左記にて法人役員とお答えの方 **労災保険に特別加入していますか。** □ している □ していない
傷病名		
負傷日時	令和　　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　□ 寄り道等無）	
負傷場所	□ 会社内　□ 路上　□ 駅構内　□ 自宅　□ その他（　　）	
負傷原因で次にあてはまるものがありますか。	□ 交通事故　□ 暴力（ケンカ）　□ スポーツ中（□ 職場行事　□ 職場行事以外） □ 動物による負傷（飼い主：□ 有　□ 無） □ 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、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	※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　□ 治癒　□ 治療継続中　□ 中止	
治療期間	令和　　年　　月　　日 から　令和　　年　　月　　日 まで	

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		
	上記、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。			
事業所所在地	（〒　　－　　）			
事業所名称				
事業主氏名	㊞			
電話番号	（　　）			

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合