

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	1	1 2 3 4	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	6 0 1 0 1 5	
				<input type="checkbox"/> 平成		
				<input type="checkbox"/> 令和		
氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	自署の場合は押印を省略できます。			
住所	(〒 541 - 8585)	大阪	都 道 府 県	大阪府 大阪市中央区伏見町4-3-9		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678					
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 健保 花子)				
	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 checked="" type="checkbox"/> その他(学生)			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	右腕の骨折				
	負傷日時	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 31年 4月 3日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 9時頃				
	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 checked="" 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、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 checked="" type="checkbox"/> 無		<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。	私用で出かけた帰り道にて、原付バイクで一人で転倒してケガをした。				
	治療経過(記入日時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 31年 4月 4日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中				
治療期間(治療中の場合は終了日は不要)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 31年 4月 3日 ~ 令和 年 月 日					

阪和興業健康保険組合

健康保険組合使用欄

受付日付印

常務理事	事務長	記入不要(健保使用欄)	