

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証	記号	番号	② 会社名 店舗・部署名 担当名	TEL ()
	③ 被保険者氏名	印		④ 生年月日	年 月 日生
	⑤ (〒 -) 都道府県 TEL ()				
被 保 険 者 ま た は 負 傷 し た 方 が 記 入 す る と こ ろ	⑥ 負傷した方		□被保険者 □被扶養者(氏名)		
	⑦ 負傷した方の勤務形態		□正社員、契約、派遣、パート、アルバイト □請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 □無職 □その他()		
	⑧ 傷病名				
	⑨ 負傷日時		年 月 日 □午前・□午後 時頃		
	⑩ 負傷した時間帯(状況)		□勤務時間中 □勤務時の休憩中 □出張中 □私用中 □通勤途中(□出勤 □退勤/□寄り道あり □寄り道なし) □休日 □その他()		
	⑪ 負傷場所		□会社内 □路上 □自宅 □その他()		
	⑫ 負傷原因		□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:□あり □なし) □あてはまらない		
	⑬ 上記に当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: □あり □あなたは被害者 □あなたは加害者 □なし ※示談が □済んでいる □済んでいない ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。		
	⑭ 負傷した時の状況を具体的に詳細にご記入ください。				
	⑮ 治療経過		年 月 日現在 □治癒 □治療継続中 □中止		
⑯ 治療期間		年 月 日から 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				
	業務(通勤)災害該当の確認	有・無	「無」の場合はその理由		
	事業所所在地	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。			
	事業所名称	印			
	事業所電話番号	()			

<留意事項>

- 負傷した原因が第三者によるものの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。
- ⑭は負傷したときの状況をできるだけ詳しく具体的にご記入ください。
- 業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定を行いますので、詳しくは労働基準監督署にお問合せください。

受付日付印

健 保 記 入	取得日		喪失日	
	入力日		登録番号	