

# 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)		昭和			
			平成			
氏名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。			
住所	(〒 )	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

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 を選択ください。	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( )	▶ 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	平成 年 月 日	午前・午後	時頃			
負傷した時間帯(状況)	勤務時間中 通勤途中( 出勤 退勤 / )	勤務日の休憩中	出張中	私用中	その他( )	
負傷場所	会社内	路上	駅構内	自宅	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	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、その場合は、あなたは 被害者ですか、加害者ですか。	相手: 有 無	あなたは被害者 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	平成 年 月 日	現在	治療	治療継続中	中止	
治療期間	平成 年 月 日	から	平成 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うけてください。				
	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	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				
事業主氏名					
電話番号	( )				
(28.8)					
受付日付印					

健保組合使用欄

常務理事	事務長	係

岐阜県プラスチック事業健康保険組合