

常務理事	参 与	事 務 長		係

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	被保険者証の (右づめ)	記号 □ □	番号 右づめでご記入ください。 ハイフン(ー)または (枝番)の後にある 2桁は記入しないでください	生年月日 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ)		年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

本申請書の提出を事業主へ委任します。(在籍者は、委任するにしてください)

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 type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> その他()	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			
	負傷日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	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 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 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 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 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『有』場合の負傷で健康保険証を使用した場合は「第三者行為による負傷届」等の手続きが必要となります。	
	負傷したときの状況をご記入ください。 (具体的にどこで、何をしている時に、どのように等)			
	治療経過	年 月 日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	健康保険証の使用の有無 <input type="checkbox"/> 使用する・ <input type="checkbox"/> 使用しない
治療期間	年 月 日から	年 月 日まで		

業務災害及び通勤災害の場合は、下記の事業主の記入をうけてください。

事業主欄	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		<input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 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		印		

電話番号 ()

受付日付印

事業所名称	担当者 氏 名	印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印

(2021.4) 全農健康保険組合