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	生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　ー　　）　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。（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	☐ 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	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 ／ ☐寄り道等有り ☐ 寄り道等無し）	
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 → ☐ 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			

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	（　　）

受付日付印

（2024.6）

キタムラ健康保険組合