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

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号　　番号		
氏名	(フリガナ)	生年月日	□昭和 □平成 □令和　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。(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

事業所所在地	(〒　　－　　)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(　　)

□業務災害
□通勤災害
に相違ないことを認めます。

(R6.12)

受付日付印

グンゼ健康保険組合