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	（〒　　－　　）　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　（　　　）

（R2.12）

受付日付印

グンゼ健康保険組合