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)	印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒　　ー　　)	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	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	印
電話番号	(　　)

(29.3)

受付日付印

Jーオイルミルズ健康保険組合