

## 負傷原因届(その1)

交通事故の場合は別途第三者の行為による傷病届又は自損事故による傷病届の提出が必要です。審査課へご連絡ください。

負傷者が被扶養者(家族)の場合  
 負傷原因届(その2)の記入・提出は不要です。  
 被保険者(本人)が記入するところ  
 負傷原因届(その2)の提出が必要です。事業所記入欄も必ず記入してください。

④健康保険証 記号 番号		⑤所属する派遣会社	名称 所在地		
③被保険者の氏名と印 (フリガナ)		⑥昭和 平成	⑦生年月日 年 月 日	⑧日中連絡のとれる電話番号	
⑨被保険者の住所 郵便番号 (フリガナ)					
⑩負傷者が被扶養者のときはその被扶養者名 (フリガナ)		昭和 平成	年 月 日	続柄	
⑪傷病名		⑫負傷(発病)した日時		平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分 頃	
⑬負傷(発病)した場所 都・道 市・郡 区 府・県 町・村		会社内・休憩時間の外出時・出張又は仕事の外出時・通退勤の途中 自宅内・休日の外出時・その他( )			
⑭負傷(発病)の原因および状況		どんな用事をしているときに どうして どういうふうになって 体のどこの箇所を どのように負傷したか			
⑮業務上の負傷だと思いますか		1. 思う 2. 思わない		⑯通勤・退勤時の負傷だと思いますか 1. 思う 2. 思わない	
⑰スポーツ中の負傷の場合		1. 会社の部活動・プロスポーツ 2. 社内行事のスポーツ大会(強制参加・任意参加) 3. 任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの 4. その他( )			
⑱スキー・スノーボードによる事故の場合		1. 第三者(他人)との接触による事故 2. 単独事故(自分ひとりによる転倒など)			
⑲被扶養者の事故の場合		1. パート・アルバイト先または通勤・退勤途上の事故 2. 無職のため、関係なし			
⑳他人の行為によるものですか?		⑳負傷が他人の行為によるときはその		氏名 住所 連絡先 TEL	
0: いいえ 1: はい(相手判明) 2: はい(相手不明)					
㉑保険診療を受けた医療機関		名称 所在地		初診日 平成 年 月 日 現在治療中・治癒・転院	
名称 所在地				初診日 平成 年 月 日 現在治療中・治癒・転院	
負傷した日と診療をはじめて受けた日が違う場合はその理由を記入					

平成 年 月 日記入

受付日付印

健保記入欄	資格取得(認定)日	年 月 日	
	資格喪失(削除)日	年 月 日	
	療養費(立替・装具)	NO.	現存
	傷病手当金	NO.	喪失後
	高額療養費	NO.	確認印
	限認証・標減証	NO.	
埋葬料(費)	NO.		
その他( )	NO.		

# 負傷原因届(その2)

負傷者が被保険者(本人)の場合に提出してください。負傷者が被扶養者(家族)の場合は(その2)の提出は不要です。

通勤(退勤)途上の場合は状況の略図を記入してください。

通常の通勤経路・通勤手段・所要時間をまず記入し、自宅又は就業場所から負傷した場所に至った経路、方法、所要時間を記入(通常の通勤経路は、                     で、記入 寄り道した経路は、                     で記入のこと

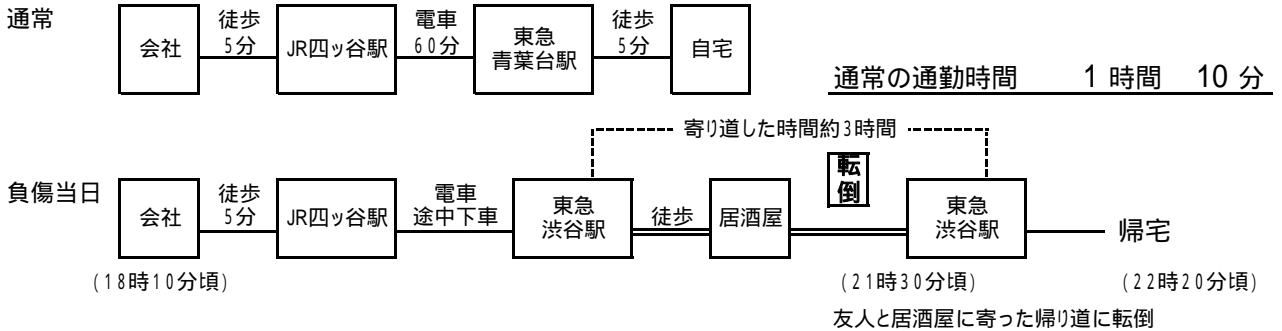
通常

通常の通勤時間                      時間                      分

負傷当日

被保険者(本人)が記入するところ

(記入例) 退社後、寄り道をして負傷した場合



事業所記入欄

事業所名			事務担当者名 必ずご記入ください	電話 ( ) ( )
事業所所在地				
被保険者が 負傷した日の状況	負傷した日の就業の有無について		1. 出勤 2. 休業(欠勤・公休・有給)	
	負傷した日 に出勤した 場合	負傷当日の就業開始時刻	午前・午後 時 分	
		負傷当日の休憩時間	時 分 ~ 時 分 ( 分間)	
	負傷当日の就業終了時刻(退社時間)		午前・午後 時 分	
被保険者の仕事の内容(具体的に)				
備考(労働基準監督署に確認した内容など) 年 月 日( )労基署・担当( )様へ確認				