

| | | | | | | |
|-------------|--------------|--------------|-----------|---------------------|--------------------|-------|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の(右つめ) | 記号 [] | 番号 [] | 生年月日 □昭和 □平成 □令和 | 年 月 日 [][][] | |
| | 氏名 | (フリガナ) _____ | | | 性別 | □男 □女 |
| | 住所 | (〒 -) | 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) → 続柄() | | |
| | 負傷した方の勤務形態 | <input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | ※該当するものを含む□を選択ください。 | 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない | | |
| | 負傷した部位/傷病名 | | | |
| | 負傷日時 | □ 令和 () 年 月 日 (曜日) | □ 午前 □ 午後 | 時 頃 |
| | 負傷した時間帯(状況) | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 □ 勤務日の休憩中 □ 出張中 □ 私用中 □ その他() <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 交通事故 □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中 (□ 職場行事 □ 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主: □ 有 □ 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない | | |
| | 負傷原因で次にあてはまるものがありますか | <input type="checkbox"/> 相手: □ 有 → □ あなたは被害者 □ あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 上記にあてはまる原因がある場合は、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。 | ※ 相手がいる場合の負傷のときは「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記入ください。 | | | | |
| 治療経過 | □ 令和 () 年 月 日現在 | □ 治療 □ 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 | □ 令和 () 年 月 日 | |
| 事業所名称 | | | |
| 事業主氏名 | | | |
| 電話番号 | () | | |

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |

受付日付印