

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号 3	番号 1 2 3 4	生年月日	年 月 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ <b>健保 太郎</b>		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 000 - 0000 ) 千葉 都 道 府 県 千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3			
	電話番号(日中の連絡先)	TEL 000 ( 000 ) 0000			

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	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名) → 続柄( )	
	負傷した方の勤務形態	<input checked="" 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。	<input type="checkbox"/> 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	右足首骨折	
	負傷日時	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 8 月 19 日(日曜日) <input checked="" type="checkbox"/> 午前 10時頃 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 午後	
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)	
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )	
	負傷原因	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input checked="" type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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。	道路を横断中に走行してきた乗用車と衝突した。		
治療経過	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 8 月 24 日現在 <input type="checkbox"/> 治療 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> ( )		
治療期間	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 8 月 19 日から <input type="checkbox"/> 令和 ( ) 年 月 日まで <input type="checkbox"/> ( )		

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 <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害 に相違ないことを認めます。		
	事業所所在地	事業所担当者が記入します	
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