

健康保険 負傷原因 届

被保険者・事業主記入用

負

記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)						
	氏名	(フリガナ)					
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)					
	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()					
	傷病名						
	負傷日時	☐ 平成 年 月 日 ☐ 午前・ ☐ 午後 時頃 ☐ 令和					
	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					
	負傷した時の状況を具体的に ご記入ください。	※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。					
	治療経過	令和 年 月 日現在 ☐ 治癒 ☐ 治療継続中 ☐ 中止					
治療期間	☐ 平成 年 月 日 から ☐ 平成 年 月 日まで ☐ 令和						

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受けてください。				
	事業所の労災適用	有・無	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		
	事業所所在地	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。		
	事業所名称				
事業主氏名					
電話番号	()				

様式番号

協会使用欄

受付日付印

(2025.10)