

# 負傷原因届

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	扱者


健 保 記 入 欄	負傷原因第	号
	<input type="checkbox"/> 業務上	<input type="checkbox"/> 通勤災害
	<input type="checkbox"/> 第三者	<input type="checkbox"/> その他

★記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

記号	番号	被保険者氏名
住所	連絡先電話番号	①自宅：( )
	(日中連絡取れる番号)	②携帯電話：( )
ケガ(負傷)した方	傷病名・部位	
1.いつケガ(負傷)をしましたか。 <input type="checkbox"/> 午前 昭・平・令 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃		
2.ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) ・ <input type="checkbox"/> その他( )		
3.ケガ(負傷)をしたときは次のうちの時間帯でしたか <input type="checkbox"/> 勤務時間( <input type="checkbox"/> 勤務中 ・ <input type="checkbox"/> 休憩中) ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤) ・ <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他( )		
4.ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他( )		
5.ケガ(負傷)をした時、飲酒していましたか <input type="checkbox"/> 飲酒していない ・ <input type="checkbox"/> 飲酒していた( <input type="checkbox"/> 泥酔していた ・ <input type="checkbox"/> 泥酔していない)		
6.ケガ(負傷)をした原因で次にあてはまる場合はありますか <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 通勤災害(労働者災害補償保険法に該当の場合) ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中( <input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <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		
7.「上記6」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか 相手 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> あなたは加害者 ・ <input type="checkbox"/> あなたは被害者) 		
8.診療を受けた医療機関名とその期間等を記入して下さい 医療機関名( ) 平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 【 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中】 医療機関名( ) 平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 【 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中】		
9.ケガ(負傷)をしたときの状況(原因)を具体的に記入して下さい (例：〇〇スキー場で滑走中、自分でバランスを崩して転倒。左手を強打した。)		
10.被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> 加入有 ・ <input type="checkbox"/> 加入無		

被  
保  
険  
者  
が  
記  
入  
す  
る  
と  
こ  
ろ

相手がいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。

※ 下記欄は業務上および通勤災害の場合のみ事業主が記入してください。


事 業 主 記 入 欄	上記、本人の申し立てどおり、1.業務上 2.通勤災害 に相違ないことを認めます。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

受付

# 負傷原因届

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	扱者

健 保 記 入 欄	負傷原因第 号	
	<input type="checkbox"/> 業務上	<input type="checkbox"/> 通勤災害
	<input type="checkbox"/> 第三者	<input type="checkbox"/> その他

記号	9999	番号	99999	被保険者氏名	東広 太郎
住所	東京都中央区 築地〇-〇-〇			連絡先電話番号	①自宅 : 03 ( 1234 ) 5678 ②携帯電話 : 090 ( 1234 ) 5678 <small>(日中連絡取れる番号)</small>
ケガ(負傷)した方	東広 花子			傷病名・部位	左下肢熱傷
1.いつケガ(負傷)をしましたか。 <input type="checkbox"/> 午前 昭・平・令 24年 8月 1日 (水曜日) <input checked="" type="checkbox"/> 午後 16時 00分頃					
2.ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 専業主婦の為、いずれにも該当しない )					
3.ケガ(負傷)をしたときは次のうちの時間帯でしたか <input type="checkbox"/> 勤務時間 ( <input type="checkbox"/> 勤務中 ・ <input type="checkbox"/> 休憩中 ) ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤 ) ・ <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )					
4.ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )					
5.ケガ(負傷)をした時、飲酒していましたか <input checked="" type="checkbox"/> 飲酒していない ・ <input type="checkbox"/> 飲酒していた ( <input type="checkbox"/> 泥酔していた ・ <input type="checkbox"/> 泥酔していない )					
6.ケガ(負傷)をした原因で次にあてはまる場合はありますか <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 通勤災害 (労働者災害補償保険法に該当の場合) ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外 ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ・ <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない					
7.「上記6」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか 相手 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> あなたは加害者 ・ <input type="checkbox"/> あなたは被害者 )  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">相手がいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。</div>					
8.診療を受けた医療機関名とその期間等を記入して下さい 医療機関名 ( 築地〇〇内科 ) 平・令 24年 8月 ~ 平・令 24年 8月 【 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 治療中】 医療機関名 ( ) 平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 【 <input type="checkbox"/> 治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治療中】					
9.ケガ(負傷)をしたときの状況(原因)を具体的に記入して下さい (例: 〇〇スキー場で滑走中、自分でバランスを崩して転倒。左手を強打した。)  <b>夕飯を作っているとき、誤って熱湯の入った鍋をひっくり返してしまい、左足を火傷した。</b>					
10.被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> 加入有 ・ <input type="checkbox"/> 加入無					

被  
保  
険  
者  
が  
記  
入  
す  
る  
と  
こ  
ろ

※ 下記欄は業務上および通勤災害の場合のみ事業主が記入してください。

事 業 主 記 入 欄	上記、本人の申し立てどおり、1.業務上 2.通勤災害 に相違ないことを認めます。
	平成 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

受付