健康保険　負傷原因届

被保険者（申請者）情報	被保険者証の記号/番号	記号 ：	番号 ：
	氏名・印 ※必ず押印が必要です。	(フリガナ) ㊞	生年月日　昭和・平成　年　月　日
	住所	〒　－	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL　(　)	

※訂正の場合は、氏名欄に捺印した印鑑を訂正印としてお使いください。

被保険者または負傷した方の記入欄	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□を選択してください。	□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（　）	※(法人の役員の方は)労災保険に特別加入していますか。 □している □していない
	傷病名		
	負傷年月日	平成・令和　年　月　日（　曜日）□午前 □午後　時頃	
	負傷した時間帯(状況)	□勤務時間　□勤務日の休憩中　□出張中　□私用中　□その他（　） □通勤途上　(□出勤　□退勤　／　□寄り道等有　□寄り道無)	
	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) □その他（　）	
	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、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	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者による傷病届」の提出が必要です。
	負傷したときの状況を具体的にご記入ください。		
	治療経過	平成・令和　年　月　日現在　□治癒　□治療継続中　□中止	
	治療期間	平成・令和　年　月　日　から　平成・令和　年　月　日　まで	

※訂正の場合は、氏名欄に捺印した印鑑を訂正印としてお使いください。

事業主記入欄	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 ・ 申請中	
	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 事業所名称 事業主氏名 電話番号	上記、本人の届出のとおり　□業務災害 □通勤災害　に相違ないことを認めます。 〒　― ㊞ (　)	

(20190501改訂)

受付日付印

KDDI健康保険組合