

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)			☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和		
	氏名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。		
住所	(〒	—	)	都	道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	府	県	
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

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()			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					
	負傷日時	令和	年	月	日	☐ 午前・ ☐ 午後 時頃
	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 ☐ 無	☐ あなたは被害者 ☐ あなたは加害者		※相手がいる場合の負傷の場合は「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 ご記入ください。					
	治療経過	令和	年	月	日現在	☐ 治癒 ☐ 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		
	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	東京都中央区新川1-21-2 茅場町タワー2F			
	事業主氏名	セントラスポーツ株式会社 代表取締役社長 執行役員 後藤 聖 治			
電話番号	03	(	5543	)	1804
					(元.5) 受付日付印