

負傷原因届

記入例

届書は、楷書で太枠内に丁寧に記入ください。

(該当する□に✓点を入れてください)

① 被保険者の	記号	番号	氏名	業務の種類
	3000	10	不動産 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> その他 内容(経理)
② 被保険者の 現住所	〒 150-0011		日中連絡の取れる電話番号	
	渋谷区〇〇		03(0000)0000	
③ 事業所名称	〇〇〇(株)			
④ 負傷した方	(氏名)	(続柄)	15歳以上の被扶養者 の場合	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
	不動産 太郎	本人		
⑤ 傷病名	右足首骨折			
⑥ 負傷した日時	平成 28 年 10 月 16 日 (日 午 前 後) 3 時 35 分頃 / <input type="checkbox"/> 勤務日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> その他			
⑦ 負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 休日の外出時 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト中 <input type="checkbox"/> 駅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> その他()			
	東京	都道府県	市郡	渋谷区
⑧ スポーツ中の 負傷の場合	<input type="checkbox"/> 会社の部活動・プロスポーツ <input type="checkbox"/> 社内行事(<input type="checkbox"/> 強制参加 ・ <input type="checkbox"/> 任意参加) <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル <input type="checkbox"/> 個人の趣味 <input type="checkbox"/> その他()			
⑨ 上記⑥が 勤務日の場合 (アルバイト等含む)	(就業開始時刻) 時 分 ~ (終業時刻) 時 分 / 寄り道 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 休憩中の外出時 <input type="checkbox"/> 出張または仕事の外出時 <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 退勤途中(飲酒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
	労働(通勤)災害に <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	確認した日 平成 年 月 日 労働基準監督署・担当者名		
⑩ どのような状況で 負傷しましたか	何をしていて	棚の整理をしていて		
	どういうふうになって どこをどうした	梯子に登って高いところの棚を整理していたら 足を滑らせ梯子から転落		
	<input checked="" type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> 不可抗力 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 生まれつき <input type="checkbox"/> その他()			
⑪ 第三者による 負傷の場合	<input type="checkbox"/> 相手判明 <input type="checkbox"/> 相手不明	第三者によって負傷した事実を		健保組合に届出 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない 警察に届出 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない
	被扶養者(学生)が学校内(サークル・部活動を含む)で負傷した場合、日本スポーツ振興センターからの助成を <input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けない(その理由:) 市区町村等から医療費助成を <input type="checkbox"/> 受けた(別紙をご提出ください。) <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない			
⑬ 診療を受けた 医療機関	名称	所在地	〒 000-0000 東京都渋谷区〇〇〇 電話 03(0000)0000	
	〇〇整形外科病院			

本件、負傷の原因は上記のとおり相違ありません。

平成 28 年 11 月 18 日

被保険者氏名 不動産 太郎

