

# 記入例

2枚目を印刷し必要事項を記入の上  
各事業所(会社)の申請窓口へ  
提出して下さい

## 負傷原因 報告書

外傷性のケガで申請をする際に、この報告書を提出して下さい

※交通事故等他者の行為による負傷の場合はこの報告書ではなく「第三者行為による傷害補償」の申請書を作成し、健康保険組合へご連絡下さい。(健康保険組合 TEL: 078-302-8185)  
※業務中のケガや通勤途上のケガ等、労災と思われるものは会社へご相談の上、所定の手続きをすすめて下さい。

保険証 記号番号	被保険者氏名	対象者氏名	対象者 生年月日
98 765	健保 令子	本人	昭(平)令 5年 3月 3日
被保険者住所および連絡先 (携帯または自宅)		被保険者の職種・職場の連絡先	
〒650 - 0000 TEL ( 090 ) 1234 - 5678 神戸市〇〇区△△町8丁目9-1		販売職 TEL ( 078 ) 123-4567	
傷病名	負傷日時		
左足関節骨折	令和元 年5月 25日 ( 土 曜日 ) 午前 10時 30分頃		
(詳細を記入)	どこで	自宅階段で	
	何をしていた	1階へ急いで降りようとして	
	どうなって	階段を踏み外し	
	身体のどの場所を	左足首を	
どのように負傷した	捻って転倒した		
業務上の負傷、または通勤・退勤時の負傷、または他者の行為による負傷かどうか、各項目をチェック			
<input type="checkbox"/> 業務上の負傷である <input checked="" type="checkbox"/> 業務外での負傷である		<input type="checkbox"/> 通勤・退勤時の負傷である <input checked="" type="checkbox"/> 通勤・退勤外での負傷である	
		<input type="checkbox"/> 他者による (相手が判明) <input type="checkbox"/> 他者による (相手は不明) <input checked="" type="checkbox"/> 自分自身による	
治療について	病院等で治療を受けたか	<input checked="" type="checkbox"/> 当日受けた (病院名: △△整形外科 ) <input type="checkbox"/> 後日、受けた (病院名: ) (後日治療の理由: ) <input type="checkbox"/> 受けなかった	
	治療費の支払いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証を使用した <input type="checkbox"/> 第三者が支払った <input type="checkbox"/> その他 ( )	
上記の内容に相違ありません。			
令和 元 年 5月 30日			
被保険者氏名			健保 令子 (印)

### 【事業所記入欄】

備考 (労働基準監督署に確認した内容など)	事業所 担当者 印
年 月 日 押	
<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">                 事業主が記入するところ             </div>	

労災が疑われる場合は、事業所にて所定の手続きをして下さい。  
その結果、労災認定とならなかった場合で健康保険組合へ申請を行なう際は、確認内容を備考欄に記入して下さい。

## 負傷原因 報告書

外傷性のケガで申請をする際に、この報告書を提出して下さい

※交通事故等他者の行為による負傷の場合はこの報告書ではなく「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。  
健康保険組合へご連絡下さい。(健康保険組合 TEL: 078-302-8185)  
※業務中のケガや通勤途上のケガ等、労災と思われるものは会社へご相談の上、所定の手続きをすすめて下さい。

保険証 記号番号	被保険者氏名	対象者氏名	対象者 生年月日
			昭・平・令 年 月 日
被保険者住所および連絡先 (携帯または自宅)			被保険者の職種・職場の連絡先
〒 - TEL ( ) -			TEL ( ) -
傷病名		負傷日時	年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分頃
(詳細を記入) 負傷原因と状況	どこで		
	何をしていて		
	どうなって		
	身体のどの場所を		
	どのように負傷した		
業務上の負傷、または通勤・退勤時の負傷、または他者の行為による負傷かどうか、各項目をチェック			
<input type="checkbox"/> 業務上の負傷である <input type="checkbox"/> 業務外での負傷である		<input type="checkbox"/> 通勤・退勤時の負傷である <input type="checkbox"/> 通勤・退勤外での負傷である	
		<input type="checkbox"/> 他者による (相手が判明) <input type="checkbox"/> 他者による (相手は不明) <input type="checkbox"/> 自分自身による	
治療について	病院等で治療を受けたか	<input type="checkbox"/> 当日受けた (病院名: ) <input type="checkbox"/> 後日、受けた (病院名: ) (後日治療の理由: ) <input type="checkbox"/> 受けなかった	
	治療費の支払いについて	<input type="checkbox"/> 保険証を使用した <input type="checkbox"/> 第三者が支払った <input type="checkbox"/> その他 ( )	
上記の内容に相違ありません。			
令和 年 月 日			
被保険者氏名			(印)

### 【事業所記入欄】

備考 (労働基準監督署に確認した内容など)	事業所 担当者 印
年 月 日 担当者 様へ確認	

労災が疑われる場合は、事業所にて所定の手続きをして下さい。  
その結果、労災認定とならなかった場合で健康保険組合へ申請を行なう際は、確認内容を備考欄に記入して下さい。