

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			
	何をしていた			
	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 (自署)				

【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。