

健康保険 負傷原因届

東京中央卸売市場健康保険組合

被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日		電話番号
-		昭和・平成	年 月 日	()
氏名	(フリガナ)			
住所	(〒 -)			

・負傷した方	1. 被保険者 2. 被扶養者 → (氏名)		
・負傷した方の勤務形態	1. 法人の役員 _____ 2. 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト 3. 請負、ボランティア 4. 無職 5. その他 ()		→ 労災保険に特別加入していますか? A. している B. 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)	1. 勤務時間中 2. 勤務日の休憩中 3. 出張中 4. 通勤中 _____ 5. 私用中		→ 通勤中に寄り道をしましたか? A. した B. していない
・負傷場所	1. 会社内 2. 路上 3. 駅構内 4. 自宅 5. その他 ()		
・負傷原因	1. 交通事故 2. けんか・暴力 3. 動物による負傷 4. スポーツ中 5. 1～4にあてはまらない		
(負傷原因が1～4の場合、いずれかに○をつけてください)	A: 相手がいる → ア. 負傷した方は被害者 イ. 負傷した方は加害者		B: 相手はいない
・負傷した時の状況を具体的に記入してください			
・治療経過	令和 年 月 日現在	1. 治癒 2. 治療継続中 3. 中止	
・治療期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	

※事業主記入欄 (業務災害・通勤災害の場合のみ)

事業所の労災適用	社員総数	事業内容
あり ・ なし	名	
業務 (通勤) 災害該当の確認	→ 該当「なし」の場合、その理由を記入してください	
あり ・ なし _____		
事業所所在地	上記、本人の申立のとおり、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		
事業主氏名	()	
電話番号		