健康保険　負傷原因届

東京中央卸売市場健康保険組合

被保険者等記号・番号	被保険者の生年月日	電話番号
		（　　）

氏名	（フリガナ）
住所	（〒　　－　　）

・負傷した方		
・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．学生　6．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（はっきりしない場合はこちら→）不詳	
・負傷した時間帯（状況）	1．勤務時間中　2．私用中 3．出張中　4．通勤中(寄り道 無・有) 5．部活動中　6．不詳 7．その他（　　）	寄り道（有）の場合、負傷したのは？ A．寄り道の前（通勤途上） B．寄り道している間or寄り道後
・負傷場所	1．会社内　2．路上　3．駅構内　4．自宅 5．不詳　6．その他　（　　）	
・負傷原因	1．交通事故　2．喧嘩　3．不詳（日常生活によるものなど原因がはっきりしない場合はこちら） 4．スポーツ　5．その他（　　）	
（負傷原因が「交通事故」の場合、該当するものに〇をつけてください）	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 （単独事故）
・負傷原因が判明している場合は、当時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　1．治癒　2．治療継続中　3．中止	
・治療期間（治療中の場合空欄可）	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 事業所名称 事業主氏名 電話番号	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。 （〒　　－　　） （　　）	