

① 被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	昭・平	年	月	日生	
	被保険者 住所・連絡先	〒 _____					連絡先（勤務先 携帯 自宅）		
		(e-mail) _____ @ _____					() _____		
	負傷（発病） した人	<input type="checkbox"/> 被保険者本人	氏名						(続柄)
		<input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	昭・平・令	年	月	日生		
	負傷（発病）者 の勤務形態	<input type="checkbox"/> 1.正社員 <input type="checkbox"/> 2.契約社員 <input type="checkbox"/> 3.派遣社員 <input type="checkbox"/> 4.パート <input type="checkbox"/> 5.アルバイト <input type="checkbox"/> 6.無職 <input type="checkbox"/> 7.学生 <input type="checkbox"/> 8.その他（ ） <input type="checkbox"/> 9.役員等 → 傷害保険や労災保険に <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入							
	負傷（発病）者 の職種	勤務形態欄の1.~5に該当する場合は、下記のいずれかにチェックしてください。							
		<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
	負傷（発病） 日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（曜日） 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ※負傷（発病）年月日に相違があるときは正しい日付に訂正してください。							
	傷病名								
	負傷（発病） した時間帯	<input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 通勤途中（寄り道の有無を記入） → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（理由）・・・（ ）							
	負傷（発病） 場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅の構内 <input type="checkbox"/> 店舗（スーパー、デパート等） <input type="checkbox"/> 飲食店 <input type="checkbox"/> その他→具体的に記入してください。（ ）							
	負傷（発病） 原因	<input type="checkbox"/> 1.自己の過失 <input type="checkbox"/> 2.スポーツ中 <input type="checkbox"/> 3.第三者行為（交通事故や、ケガを負わされた等） <input type="checkbox"/> 4.単独事故等 <input type="checkbox"/> 5.不明（ケガではなかったり、原因がわからないとき） <input type="checkbox"/> 6.その他（ ）							
	負傷（発病） 状況	<input type="checkbox"/> 日常生活から症状が発生したものであり、原因は不明です <input type="checkbox"/> 負傷（発病）した状況は下記のとおりです → 下記の欄へ負傷（発病）の状況を詳しく記入してください。 負傷（発病）時の状況を詳しく記入してください。 （何をしていたか等）							
	受診医療機関等名称	電 話		治 療 期 間（月/日）					
				入院		通院・薬局			
	()	-		/	~	/	/		
	()	-		/	~	/	/		
	()	-		/	~	/	/		
	年 月 日 現在	治癒・中止 治療中		治癒見込み		負傷年月日から約 _____ ヶ月 _____ 日後			
後遺症	残らない・残る（残る場合はその程度）→								
② 事 業 主 証 明	現金給付添付用の負傷原因届は、事業主証明が必要です。※ただし、被扶養者（家族）の場合は不要です。								
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日								
	上記の負傷は、私用中（業務外）であること、また、第三者行為によるものではないと判断します。								
	事業所	住 所							
	名 称								
	事業主名								