

① 被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号 555	番号 432	被保険者 氏名 積水 太郎 昭・平 46 年 9 月 23 日生	
	被保険者 住所・連絡先	〒 541 - 0000 大阪市○○区△-△-△ (e-mail) ××××× @ ABCD.com		連絡先 (勤務先 携帯 自宅) (06) * * * * - * * * *	
	負傷(発病) した人	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	氏名 積水 花子	生年月日 昭・平・令 48 年 1 月 10 日生	(続柄) 妻
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (なし)			
	負傷(発病) 日時	令和 0 年 0 月 1 日 (金 曜日) 午前 午後 6 時 30 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	右足首捻挫			
	負傷(発病) した時間帯	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 (何をしていたようになったか等) 早朝に犬の散歩をしていたところ、犬が急に走り出しリードを引っ張られた際に足を捻りました。				
受診医療機関等名称	電 話	治 療 期 間 (月/日)			
積水病院	(0722) 58 - 0000	入院	通院・薬局		
セキスイ薬局	(0722) 58 - 0000	/ ~ /	○ / 1 ~ ○ / 30		
	() -	/ ~ /	/ ~ /		
○ 年 ○ 月 20 日 現在	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 治療中	治癒見込み	負傷年月日から 約	ヶ月 日後	
後遺症	<input checked="" type="checkbox"/> 残らない・残る(残る場合はその程度) →				
② 事 業 主 証 明	業務災害および通勤災害の可能性のある場合のみ証明が必要です。※ただし、被扶養者(家族)の場合は不要です。				
	<input type="checkbox"/> 1.労災保険該当	労働基準監督署 課 様 (月 日付 確認)			
私用中や休日に負傷したときは、この欄(事業主証明欄)の記入は不要です。					
事業所	任 所				
	名 称				
	事業主名				