

① 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号 110	番号 77	被保険者 氏名 昭 ・平 49 年 10 月 23 日生	積口 雅代	
	被保険者 住所・連絡先	〒 541 - 0000 大阪市〇〇区△-△-△ (e-mail) xxxxx @ABCD.com			連絡先 (勤務先 携帯 自宅) (06) **** - ****	
	負傷(発病) した人	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日生		(続柄)
	負傷(発病)者 の勤務形態	<input checked="" 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 checked="" 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 〇 年 8 月 5 日 (日曜日) 午前 午後 4 時 35 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	胸骨骨折 頭部打撲				
	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 checked="" type="checkbox"/> その他→具体的に記入してください。(国道〇〇号線 堺市三宝町100)				
	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 checked="" 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)					
受診医療機関等名称	電話	治療期間(月/日)				
〇〇救急医療センター	(0722) 58 - 0000	入院		通院・薬局		
積水病院	(0722) 58 - 0000	8 / 5 ~ 8 / 10		/ ~ /		
セキスイ薬局	(0722) 58 - 0000	/ ~ /		10 / 1 ~ /		
〇 年 〇 月 20 日現在	治療・中止 治療中	治療見込み	負傷年月日から約 7 ヶ月 日後			
後遺症	残らない・ 残る (残る場合はその程度) → 骨折部位は治療しても疼痛は残存するとのこと。					
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	住所 名称 事業主名					