健康保険　負傷原因　届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者(申請者)情報

	記号	番号	生年月日　年　月　日
被保険者証の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ）		訂正したところは、左の印と同じ印鑑を訂正印として使用してください。
住所	（〒　　ー　　）　都道府県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者または負傷した方が記入するところ

負傷した方	□ 被保険者・□ 被扶養者（氏名　　）
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	□ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト □ 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 □ 無職 □ その他（　　） → **労災保険に特別加入していますか。** □している □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）	□ 勤務時間中 □ 勤務日の休憩中 □ 出張中 □ 私用中 □ その他（　　） □ 通勤途中（□ 出勤 □ 退勤 ／ □寄り道等有り □ 寄り道等無し）
負傷場所	□ 会社内 □ 路上 □ 駅構内 □ 自宅 □ その他（　　）
負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	□ 交通事故 □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中（□ 職場行事 □ 職場行事以外） □ 動物による負傷（飼い主：□ 有 □ 無） □ あてはまらない
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手：□ 有 → □ あなたは被害者 / □ あなたは加害者 □ 無 ※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。
負傷したとき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　□ 治癒 □ 治療継続中 □ 中止
治療期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで

事業主欄

業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。

事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	名	事業内容	
業務(通勤)災害該当の確認	有・無 →	「無」の場合、その理由			

上記、本人の申し立てのとおり　□ 業務災害 / □ 通勤災害　に相違ないことを認めます。

事業所所在地	（〒　　-　　）
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

（R2.12）

受付日付印

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課（電話 0493-22-0890）までご連絡ください。
※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

ボッシュ健康保険組合