

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	1 0 0 1	番号	2 3 4 5 6	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の(右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	0	1	1	1	2	0
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成						
	氏名・印	(フリガナ)	ボッシュ ケンポ								
		ボッシュ 健保									
住所	(〒	355	-	0028)	埼玉	都	道	東松山市箭弓町2-5-5	府	県
電話番号(日中の連絡先)	TEL	0493	(22)	0890					
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
	傷病名	右腕橈骨骨折
	負傷日時	令和 X 年 12 月 3 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 4 時頃
	負傷した時間帯(状況)	<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 checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → <input checked="" type="checkbox"/> あなたは被害者 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	運転中、国道を直進していたところ、わき道から出てきた車と衝突。自車は衝突の反動で中央分離帯に乗り上げ、その時に右腕を強打し負傷。
	治療経過	令和 X 年 12 月 16 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止
治療期間	令和 X 年 12 月 3 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		
	事業所所在地	上記、本人の申し立てのとおり	<input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害	に相違ないことを認めます。	
	事業所名称	(〒 -)			
事業主氏名					
電話番号	()				
(R2.12) 受付日付印					

〒355-0028 埼玉県東松山市箭弓町2-5-5 社内便: Hig RBHI

ボッシュ健康保険組合

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。