

## 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	Health Insurance Card Symbol	番号	Health Insurance Card Number	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の(右づめ)	1 0 0 1	2 3 4 5 6		<input type="checkbox"/> 昭和	0	1	1	1	2	0
	氏名・印	(フリガナ) ボッシュ ケンポ	Name (With katakana)								
	住所	(〒 355 - 0028 )	埼玉	都道府県	東松山市箭弓町2-5-5	Address of Insurance Status					
電話番号(日中の連絡先)	TEL 0493 ( 22 ) 0890	Zip Code		Dependent <input checked="" type="checkbox"/>							

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	Insured	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 Name )
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む口を選択ください。	<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	Name of Illness/ Injury	右腕橈骨骨折
	負傷日時	Date of Accident	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)	Time of Accident	<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	Place of Accident	<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	Causes of Injury	<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

The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).

\*To find out more about how we handle personal information, please refer to the "Privacy Policy" on our website.

〒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