

負傷原因届

①被保険者証の記号番号	—	②被保険者の氏名	
③負傷した方		④負傷者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
⑤被保険者の住所	〒 <input type="text"/>	日中の連絡先	()
⑥事業所名称	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 群 <input type="checkbox"/> 町		
⑦事業所所在地			
⑧勤務先について * 家族の方は負傷日に 給与収入があった場合 に記入してください	勤務先の名称	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 違う→	
	勤務先の所在地	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 違う→	
	勤務先の営業時間	時 分 ~ 時 分	
	勤務先の休業日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> 不定休 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()	
	負傷日の休日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> 不定休 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	業務内容	* 役員の方 労災保険特別加入 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
⑨負傷した日時	令和 年 月 日 (曜日) 時頃		
⑩負傷した場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (場所 :) <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑪負傷した状況	<input type="checkbox"/> 仕事へ行く (仕事から帰る) 途中→裏面を記入してください <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張 (研修) 中 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑫負傷日の勤務時間	時 分 ~ 時 分 * 休日に負傷した場合は記入不要です		
⑬何をしていた時ですか	(どこからどこへ何をしに行く途中か) または (何をしていた時か)		
⑭何がどうなって 負傷しましたか			
⑮受診内容	初診の日時	令和 年 月 日 (曜日) 時頃	
	医療機関の名称		
	治療を受けた部位		
⑯相手がいるケガですか	<input type="checkbox"/> いる→別紙の「第三者行為による負傷原因届」を記入してください <input type="checkbox"/> いない		
上記のことは事実であることをお届けします。 また上記の傷病について組合が事業所を通じて照会することに同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印			

第三者行為による負傷原因届

被保険者証記号番号	—	負傷した者の氏名	
免許証の有無	あり・なし	飲酒の有無	あり・なし
現在の状況	状況	現在入院中・通院中・治癒・中止	
	入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	後遺症	残った・残る見込み・残らない・不明	
事故処理警察署名称	警察署	担当官職・氏名	
事故処理警察署所在地			
当方の自動車等	車名 (cc)	登録番号	
相手の自動車等	車名 (cc)	登録番号	
第三者(相手方)	氏名(年齢)	(歳)	
	住所	〒	
	職業		
	保有者との関係		

通勤途上の負傷原因届 (交通事故等の場合は第三者行為の負傷原因届欄にも記入すること)

① 被保険者証記号-番号(—)	② 負傷した者の氏名				
③ 交通事故の場合	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">運転免許</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">あり・なし</td> <td style="width: 25%;">飲酒の有無</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">あり・なし</td> </tr> </table>	運転免許	あり・なし	飲酒の有無	あり・なし
運転免許	あり・なし	飲酒の有無	あり・なし		
④ 現在の状況	入院期間→ 年 月 日 から 年 月 日 まで				
	入院中・通院中・治癒・中止				
	後遺症→ 残った・残る見込み・残らない・不明				
⑤ 自宅のある所					
⑥ 前夜宿泊した場所又は当夜宿泊する場所					
⑦ 通常勤務する場所(本社・営業所等)	(住所・建物の名称等)				
⑧ 当日就労する(した)場所	1、⑦の場所 2、その他()				
⑨ 負傷した場所	(住所・建物の名称等)				
⑩ 負傷した場所は通勤経路上にありますか	ある・ない				
⑪ 通常の通勤・退勤経路	⑫ 左欄と異なる場合の事故当日の経路				
経 路	通勤手段(徒歩・電車等)	所要時間	経 路	通勤手段(徒歩・電車等)	所要時間
自宅 ~		時間 分	自宅 ~		時間 分
~		時間 分	~		時間 分
~		時間 分	~		時間 分
~勤務場所		時間 分	~勤務場所		時間 分

【注】該当する項目がある場合は項目を○で囲んでください。