

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
被保険者証の記号 番号 生年月日
氏名・印 (フリガナ)
住所 (〒 - ) 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。
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( )
負傷場所 □ 会社内 □ 路上 □ 駅構内 □ 自宅 □ 学校 □ その他( )
負傷原因 ※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。
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
事業所所在地 (〒 - )
事業所名称
事業主氏名
電話番号 ( )

京都自動車健康保険組合

(R0403) 受付日付印