

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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 -)	都	道	府	県	
電話番号(日中の連絡先)	TEL	()					
<input type="checkbox"/> 本申請の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <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	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名) → 続柄						
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択ください。	<input 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()	<input checked="" type="checkbox"/> 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない					
	傷病名							
	負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 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 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 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 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は、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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※ 相手がいる場合の負傷のときは「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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			
治療期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<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。			令和	年	月
事業所所在地						受付日付印		
事業所名称								
事業主氏名								
電話番号	()							

常務理事		事務長		扱者	
------	--	-----	--	----	--

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)	1	2 3 4 5	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	3	0	4	0	1
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ							
	住所	(〒 231 - 1234)	神奈川県		都 道 府 県	横浜市中央区●●町123				
電話番号(日中の連絡先)	TEL	()								
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <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	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 健保 花子) → 続柄 妻								
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> 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()						労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		
	傷病名	骨折								
	負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 10月 2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 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 type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他(市民体育館)								
	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 type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input checked="" type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input checked="" 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は、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 type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あなたは加害者			※ 相手がいる場合の負傷のときは「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。	バレーボール練習中に足を踏み外した								
	治療経過	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 10月 10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	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 10月 2日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 12月 31日 まで									

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。

事業主欄	労災のときのみ、家族の勤務先人事担当者が記入		
	(ここに事業主の記入欄が設けられていますが、この場合は家族の勤務先人事担当者による記入が必要です)		

常務理事		事務長		扱者	
------	--	-----	--	----	--

本人のとき

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(右づめ)	記号 1	番号 2 3 4 5	生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 6 3 0 4 0 1
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
住所	(〒 231 - 1234) 神奈川県 横浜市中区●●町123		
電話番号(日中の連絡先)	TEL ()		
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <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	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名) → 続柄		
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> 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()		労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
傷病名	擦傷		
負傷日時	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 10月 2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 type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input checked="" 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は、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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※ 相手がいる場合の負傷のときは「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。	飼い犬に手を噛まれた		
治療経過	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 10月 10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	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 10月 2日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 10月 31日まで		

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。

事業主欄

労災のときのみ、各社人事担当者が記入

電話

トヨタウエイズグループ健康保険組合

常務理事		事務長		扱者	
------	--	-----	--	----	--