

## 健康保險 負傷原因 属

|      |     |  |     |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|      |     |  |     |

|        |                  |                |        |               |     |
|--------|------------------|----------------|--------|---------------|-----|
| 被保険者情報 | 記号番号             | —              | 被保険者氏名 | フリガナ<br>..... | 記入日 |
|        | 住所               | 〒 — 都 道<br>府 県 |        |               |     |
|        | 電話番号<br>(日中の連絡先) |                |        | 職種            |     |

☐ 本届出書の提出を事業主に委任します。（委任する場合は☒）

|                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>ま<br>た<br>は<br>負<br>傷<br>し<br>た<br>方<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 負傷した方                                                                                                      | <input 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<br>※該当するものを含む□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<br><input type="checkbox"/> 請負、 <u>法人の役員</u> 、ボランティア、インターンシップ等<br><input type="checkbox"/> 無職<br><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）<br>※被扶養者が勤務しているときは<br>勤務先名（ _____ ） 連絡先（ _____ ）                                                                                         | 労災保険に特別加入していますか。<br><input type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない |
|                                                                                                  | 負傷日時                                                                                                       | 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（ _____ ）<br><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"/> 寄り道等なし） |                                                                                     |
|                                                                                                  | 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                                                                                                       | <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）<br><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、<br>相手はいますか。また、その場合は、<br>あなたは被害者ですか、加害者です<br>か。                                           | 相手： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あなたは被害者<br><input type="checkbox"/> あなたは加害者<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                            | ※相手がいる場合の負傷の場<br>合は「第三者行為による負<br>傷届」の届出が必要です。                                       |
|                                                                                                  | 負傷したときの状況を具体的に<br>ご記入ください。                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| 治療経過                                                                                             | 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                             |                                |                |                                                                |   |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------|---|------|
| 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受けてください。 |                |                                                                |   |      |
|                                                                                                                                                                             | 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<br>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<br><input type="checkbox"/> 通勤災害 |   |      |
|                                                                                                                                                                             | 事業所所在地                         | に相違ないことを認めます。  |                                                                |   |      |
|                                                                                                                                                                             | 事業所住所                          |                |                                                                |   |      |
|                                                                                                                                                                             | 事業主氏名                          |                |                                                                |   |      |
| 電話番号                                                                                                                                                                        | ( )                            |                |                                                                |   |      |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 受付日付印 </div> </div> |                                |                |                                                                |   |      |

エンターテインメント健康保険組合

受付目付印