

# 記入例

【ケガが原因で傷病手当金等各種給付金の申請をするときの添付書類】

## 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	7 × ×	番号	× × ×	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 × × ×
	住所	(〒 × × × - × × × × ) × ×	都 道 府 県	× × 市 × × 町 × 丁目 × 番地 ×	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL × × × ( × × × × × × × × )				
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) <b>在籍中の方は✓</b>					

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 )
	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( )
	傷病名	右上腕骨折
	負傷日時	令和 7 年 11 月 23 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 10 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 type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" 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 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
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	自宅の階段で足を滑らせ転落
	治療経過	令和 7 年 12 月 3 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 7 年 11 月 23 日 から 令和 年 月 日 まで・未定	

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
	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	( )	