記入例

負 傷 原 因 届

職員情報を記入

被保険者	記号番号	1000 ― 20998	氏名	健保　太郎	連絡先	090-〇〇〇〇-×××××
	住所	〒243-0433　神奈川県海老名市河原口 1519				
	被保険者が勤務する事業所	海老名総合病院			所属	リハビリテーション科
事故該当者	本人の場合	氏名	健保　太郎	生年月日	S・(H)・R　2 年　10 月　10　日	
	被扶養者の場合	氏名		生年月日	S・H・R　年　月　日	
		職業		続柄		

事故該当者の治療状況				
①医療機関名	座間総合病院	主傷病名	左膝の打撲	
治療期間	自：2020　年　8 月～至：　年　月	治療区分	(治療中)・治癒・転院	
病院の住所	〒252-0011　座間市相武台 1-50-1			
②医療機関名		主傷病名		
治療期間	自：　年　月～至：　年　月	治療区分	治療中・治癒・転院	
病院の住所	〒			
③医療機関名		主傷病名		
治療期間	自：　年　月～至：　年　月	治療区分	治療中・治癒・転院	
病院の住所	〒			

複数受診先がある場合は、記入下さい。

《事故発生内容》

発生年月日	令和　2　年　8　月　10　日　(AM・PM)　12　時　15　分頃		
発生場所	神奈川県海老名市河原口 1519		
第三者（相手）の行為で	ある（相手先判明・不明）(ない)	交通事故で	ある（相手先判明・不明・自損）(ない)

負傷したときの状況	1．出勤途中　2．勤務中　3．勤務日の休憩中　4．社用外出中 5．帰宅途中（ 自宅直行 ・ 寄り道途中 ）　(6．私用中)　7．学校の授業中 8．部活動中　9．通学中　10．アルバイトやパートに行く途中 11．その他（　　）
負傷の原因について	**何をしているとき、どこをどのようにして負傷したのか、できるだけ詳しくご記入下さい。** 休日、自宅内の階段を、荷物をもって上がっていたところ、足を踏み外した。 その際、手が荷物で塞がっていた為、左膝のみを強く打った。

上記のことは事実であることをお届けします。

令和　2　年　9　月　1　日

署名忘れずに！

被保険者氏名（自署）　健保　太郎

注）1. 負傷原因が第三者（相手）の行為により生じた場合は、「第三者行為による傷病届」が必要です。

2. 交通事故の場合は、「第三者行為による傷病届」と交通事故証明書（原本）が必要です。

3. 負傷原因が業務上または通勤途上（往路・帰路）により生じたときは、別途書類が必要となりますので、お申し出下さい。

勤務先が労災保険に加入の有無　有　無