

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	〇〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	6	0	0	1	0	1
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ 知	健保 太郎	<input type="checkbox"/> 平成						
住所	(〒 ××× - ×××× )	東京都 新宿区 △△ 2-2-2	自署の場合は押印を省略できます。							
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (1111) ××××									

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	左上腕骨折
負傷日時	令和 〇年 〇月 〇日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 〇 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 checked="" 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。	負傷時の状況を詳しくご記入ください
治療経過	令和 〇年 〇月 〇日現在 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止
治療期間	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 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	
	名	事業内容
	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	( )	