

**被保険者(届出者)・事業主記入用**

|             |                         |                                           |                              |                                                                                           |                                        |
|-------------|-------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 被保険者（申請者）情報 | 被保険者等<br>記号・番号<br>(左づめ) | <div>記号</div> <div>番号</div>               | 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 |                                                                                           |                                        |
|             | 氏名                      | (フリガナ)                                    | 生年月日                         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> |
|             | 住所                      | (〒                  )                     | 都 道<br>府 県                   |                                                                                           |                                        |
|             | 電話番号<br>(日中の連絡先)        | TEL                  (                  ) |                              |                                                                                           |                                        |

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☒)

|                            |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 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）                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |
|                            | 負傷した方の勤務形態<br>※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<br><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<br><input type="checkbox"/> 無職<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                   | 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 |
|                            | 傷病名                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |
|                            | 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<br>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）<br><input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼主： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）<br><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、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<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あなたは加害者                                                                                                                                                                                         | ※相手がいる場合の負傷の場合は「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<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                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |
| 治療期間                       | 令和 年 月 日 から 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<br>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      □ 業務災害<br>□ 通勤災害      に相違ないことを認めます。<br>( 〒                          ) |      |   |       |
|      | 事業所名称                                |                                                                                           |      |   |       |
|      | 事業主氏名                                |                                                                                           |      |   |       |
| 電話番号 | (                                  ) |                                                                                           |      |   |       |
|      |                                      |                                                                                           |      |   | 受付日付印 |

受付目付印