

(負 傷 届)

令和 年 月 日

大阪産業機械工業健康保険組合理事長様

つぎのとおり負傷内容についてお届けします。

被 保 険 者	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		被 保 険 者 氏 名			
	住 所 お よ び 電 話 番 号	TEL - -				
	勤 務 先 の 名 称					
負 傷 し た 方 が 記 入 す る と こ ろ	負 傷 者 の 氏 名		続 柄		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
	傷 病 名					
	負 傷 日 時	令和 年 月 日 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"/> 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"/> 寄り道等あり <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"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <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"/> 私用) <input type="checkbox"/> その他 ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為用負傷届」が必要です				
	負 傷 した 時 の 状 況 を 具 体 的 に 記 入 し て く だ さ い					
診 療 を 受 け た 医 療 機 関	①	名 称		診 療 期 間	自 年 月 日	自 費 自 賠 保 健 災 労 災
		所 在 地			至 年 月 日	
	②	名 称		診 療 期 間	自 年 月 日	自 費 自 賠 保 健 災 労 災
		所 在 地			至 年 月 日	

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 主 欄	業務 (通 勤) 災 害 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 <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
	事業所名称			
事業主氏名				

※ 労災保険への切替 (済 ・ 未)