

( 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 等 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 険 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 険 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 )