

負傷原因確認票

記入年月日〇〇〇〇年 〇月 〇日

健康保険
記号番号 78-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇

フリガナ
対象(負傷)者 トウシヨク タロウ
東食 太郎

生年月日(和暦) S/H/R 〇〇 年 〇 月 〇 日

負傷の原因について、記入または該当する□にチェック☑を記入してください。

【負傷日時・場所等】

1. ケガ(負傷)をした日時はいつですか

令和 〇年 〇月 〇日

☒ 午前 〇時 〇分頃
☐ 午後

2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか

☐ 出勤日 ☒ 休日(定休日・休暇含む)
☐ その他 ()

3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか

☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途中(□出勤 □退勤)
☐ 出張中 ☒ 私用 ☐ その他()

4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか

☐ 職場内 ☒ 道路上 ☐ 自宅
☐ その他 ()

5. ケガ(負傷)をした原因で次にあてはまる場合がありますか

☒ 交通事故 ☐ 暴力(ケンカ)
☐ スポーツ中(□サークル・部活動 □個人的なもの □仕事としての行事)
☐ 動物(ペット)による負傷(飼い主 □有 □無)
☐ なし

6. ケガ(負傷)をした時の相手はいますか いた場合あなたは被害者、加害者どちらですか

相手 ☐ いる ☐ あなたは被害者
☐ あなたは加害者
☒ いない

相手がいる場合必ずご連絡ください。

7. 受診した医療機関の名称・初診日・治療状況を記入してください。

医療機関の名称	初診日	治療状況
東食大学付属病院	〇 年 〇 月 〇 日	治癒・治療中・中止
東食診療所	〇 年 〇 月 〇 日	治癒・治療中・中止

8. 対象(負傷)者が事業主・代表取締役等役員の方の場合は記入してください。

労災保険特別加入に加入していますか

☐ 加入有 ☐ 加入無 ☒ 不明