

保険証の記号番号を記入してください。

治療または施術を受けた方の氏名を記入してください。

この確認票を記入した方の氏名を記入してください。

負傷原因確認票

| | |
|---|---|
| 記号番号 78- <input type="text" value="—"/> | 対象(負傷)者 <input type="text"/> |
| 記入者 <input type="text"/> | 記入日: <input type="text" value="年 月 日"/> |

負傷の原因等に関する下記の事項について、記入または該当する□にチェック☑を記入してください。(※相手がいる場合は、「第三者行為による傷病届」が必要になります。)

記入年月日

発病または傷病することになった経緯、状況について、設問項目の記入または該当する項目にチェックマーク☑を記入してください。

① いつケガ(負傷)をしましたか。

令和 年 月 日 (曜日) 午前 午後 時 分頃

【怪我をした箇所】 ()を 骨折 捻挫 打撲
 その他()して負傷した。

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 出張中 通勤途中(出勤 帰宅)

私用 その他()

④ ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。

会社内 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内容がありますか。

交通事故 暴力(ケンカ) 動物(ペット)による負傷

運動・スポーツ中(職場の行事 職場の行事以外)

⑥ ケガ(負傷)をした時の相手がありますか。あなたは被害者、あなたは加害者のどちらですか。

相手が いる あなたは被害者

いない あなたは加害者

ケガなど治療を受けた医療機関名、接骨院など名称と治療期間等を記入してください。

⑦ 受診した医療機関等の名称、受診期間、治療状況を記入してください。

| 病院等の名称 | 受診(施術)期間 | 治療状況 |
|----------------------|------------|--|
| <input type="text"/> | 年 月 から 年 月 | <input type="text" value="治療・治療中・中止"/> |
| <input type="text"/> | 年 月 から 年 月 | <input type="text" value="治療・治療中・中止"/> |

ケガをした時の状況、原因について具体的に記入してください。

⑧ 負傷した時の状況(原因)を具体的に記入してください。

⑨ 対象(負傷)者が代表取締役等の法人役員または事業主本人、事業主家族の場合は記入してください

労災保険に特別加入している 労災保険に加入していない

ケガの治療を受けた本人が事業主、事業主の家族または法人事業所代表者の場合は、「労働(労災)保険特別加入」の加入有無について記入してください。