

負傷原因記入欄

初回申請時のみ記入してください。
相手のいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」が必要です。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【負傷の日時・場所等】	【受診した医療機関】
	1. いつケガ(負傷)をしましたか 平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 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)をしたときは次のうちの時間帯でしたか 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 会社内 道路上 自宅 その他() 5. ケガ(負傷)をした原因で次に当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(職場の行事 職場の行事以外) 動物による負傷(飼い主 有 無) あてはまる原因がある場合、被害者ですか、加害者ですか 相手 有 -- あなたは 被害者 加害者 無	6. 診療を受けた病院名とその期間等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 治ゆ 治療中 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 治ゆ 治療中 7. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。 8. 申請者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか 加入有 加入無

医師が証明する欄

治療用装具用

意見 お よ び 装 具 装 着 証 明			
患者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 歳
疾患名		入院外来の別	入院・外来
上記の治療疾患のため 平成.....年.....月.....日にの装着の必要を認め 平成.....年.....月.....日に装着した。 以上証明いたします。 平成.....年.....月.....日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医 師 名			