

負傷（傷病）原因報告書

| | | | | | |
|----------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------|---------|
| 記号番号 | | 適用 | ※ | | |
| 負傷者氏名 | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 ー TEL() ー | | | | |
| 事業所名称 および住所 | 〒 ー TEL() ー | | | | |
| | 該当を○で囲む 【 事業主 ・ 従業員 ・ 一人親方 】 | | | | |
| けがをした日時 | 平成 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分頃 | | | | |
| けがをした場所 | | | | | |
| 負傷原因 (○で囲む) | 自 損 | 交通事故 相手有 ・ 相手無 又は 第三者行為 | 仕事中(労災有 ・ 無) | | |
| 労災保険 (○で囲む) | 有 ・ 無 | 保 険 の 種 類 | 事業場労災(事業主の特別加入有 ・ 無) ・ 一人親方労災 | | |
| 労働保険番号 | 府 県 | 所 掌 | 所 轄 | 基 幹 番 号 | 整 理 番 号 |
| | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ |

負傷時の状況（詳しく記入して下さい。）

※ 労災番号欄は、労災未加入又は仕事以外の場合は記入の必要はありません。

上記の通り報告します。

平成 年 月 日

愛知建連国民健康保険組合 様

住所

組合員

氏名

印

本部受付欄 支部受付欄

受付欄

支部名
又は
支部長印