

2

業務上・通勤途上の場合は労災の確認をしてください。申請が必要な場合があります。

負傷原因報告書

被保険者記号番号	10 000	被保険者氏名	健保 一郎
事業所名	(株)東和銀行 支店	所在地	前橋市×××町7-7-7
職種	営業	就業時間	AM 9 時 00 分から PM 5 時 00 分まで
被扶養者が負傷したとき	氏名	健保 三郎	被保険者との続柄
			子

負傷の原因

○ いつ(平成 25 年 1 月 1 日 (火曜) 午前 6 時 15 分頃
午後

○ その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み(無職の場合を含む)

○ どこで(場所)
伊勢崎市□□□町8-8-8

○ なにをしているときですか ※具体的にご記入ください。
(なにをしに行くときですか)
車を運転して○○へ買物に向かう途中

○ パート・バイト中の場合 ※被扶養者が勤務しているときはご記入ください。

勤務先名称
勤務先住所 (TEL - -)

○ 出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し通勤経路及び負傷場所を記入してください。

○ 次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。

1. 職務中に生じた	2. パート・バイト中に生じた	3. 私用中に生じた
4. 事業所内で生じた	5. 事業所内で休憩中に生じた	6. 出勤の途中
7. 退社して帰宅中	8. 自宅において	9. 会社主催の体育祭等において

○ 他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の

住所 横崎市□□□町9-9-999
氏名 相手 加害者 (TEL 027 - 666 - 9999)

上記のとおり相違ありません

平成 25年 2月 4日
被保険者の住所 前橋市 ▲▲▲町 9-9-999
氏名 健保 一郎 印

※ 原則として業務上、通勤途中の事故には、健康保険は使用できません。