



# 船員保険 負傷原因届

負

被保険者 (申請者) 欄	① 記号・番号	-									
	② 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) _____									
	③ 生年月日	昭和 平成	令和	年	月	日					
	④ 住所	郵便番号	-					電話番号 (日中の連絡先)	( ) ( ) ( )		

被保険者または負傷した方が記入するところ	⑤ 負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ( )									
	⑥ 負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、パート、アルバイト、派遣 <input type="checkbox"/> 法人の役員 <input type="checkbox"/> 無職(学生を含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	⑦ 傷病名										
	⑧ 負傷日時	令和	年	月	日	午前	午後	時頃			
	⑨ 負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出勤・退勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	⑩ 負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	⑪ 負傷した状況	<input type="checkbox"/> 交通事故、暴力(ケンカ)等、相手がいる負傷 <input type="checkbox"/> 自己転倒等、相手がない負傷									
	⑫ 負傷した時の状況を具体的に記入ください。										
	⑬ 治療経過	令和	年	月	日現在	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療継続中	<input type="checkbox"/> 中止			
	⑭ 治療期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで		

被保険者の記号番号を記入した場合は  
記入不要です。記入した場合は必ず  
本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

\_\_\_\_\_

R6.12

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

\_\_\_\_\_

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部