労働基準監督署問合せ（回答）

労働者災害補償保険（労災）に該当する可能性がありますので、勤務先また事業所所在地の労働基準監督署へお問合せ下さい。

なお、問合せた結果、労災補償に該当しないと判断された場合は、下記回答欄に記入・捺印の上、当健康保険組合宛にお送りください。

（記）

１．被保険者　記号　　番号

２．被保険者氏名

３．傷病名

４．負傷原因

イ．いつ　令和　　年　　月　　日　　前・後　　時頃

ロ．どこで　　・勤務中　・通勤途上　・勤務外

ハ．何をしているとき　（　　）

ニ．どうしましたか　（　　）

５．勤務先に労災保険は　・適用されている　・適用されていない

６．問合せした労働基準監督署（　　労働基準監督署）

職員名（　　さん）

７．労災補償に該当しないと判断された理由

……

……

……

……

……

上記の通り相違ありません。

令和　　年　　月　　日

神奈川県医療従事者健康保険組合理事長　殿

事業所名

担当者　氏名

お問い合わせ電話番号（　　）－（　　）－（　　）