

健保組合使用欄			
常務理事	事務長		担当者

自損事故による傷病届

被保険者等の 記号番号	—	氏名		
現住所	〒 _____ TEL _____			
被扶養者が起こした 事故である時	氏名	昭・平・令 年 月 日生 / TEL _____		被保険者 との続柄
自賠償保険	保険会社名	証明書（証券）番号		第 _____ 号
	登録番号	車台番号		
	保険会社所在地	TEL () _____		
	保険契約期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~		_____ 年 _____ 月 _____ 日

事故の内容				
発生日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前・午後 _____ 時 _____ 分頃			
発生時の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他 (_____)			
発生場所				
傷病名				
種別	車・バイク・原付・自転車・徒歩・同乗・その他 (_____)			
	骨折・打撲・挫傷・その他 (_____)			
警察への届出	有・無	所轄署	警察署	派出所
運転者の運転状況	【該当するもの全てにマルで囲んでください】 正常・飲酒・麻薬・無免許・無資格 居眠り・速度 () kmオーバー・赤信号無視・携帯電話の使用・追い越し違反 その他 (_____)			
	今回の負傷は上記のマルで囲んだ項目が主な原因となって発生したと思いますか? はい・いいえ			

治療状況				
	診療機関名	治療開始日	治療終了 (見込)	住所
①		年 月 日	年 月 日	
②		年 月 日	年 月 日	
③		年 月 日	年 月 日	
④		年 月 日	年 月 日	
⑤		年 月 日	年 月 日	