

常務理事	事務長		担当者

自損事故による傷病届(車・バイク・自転車等の交通事故)

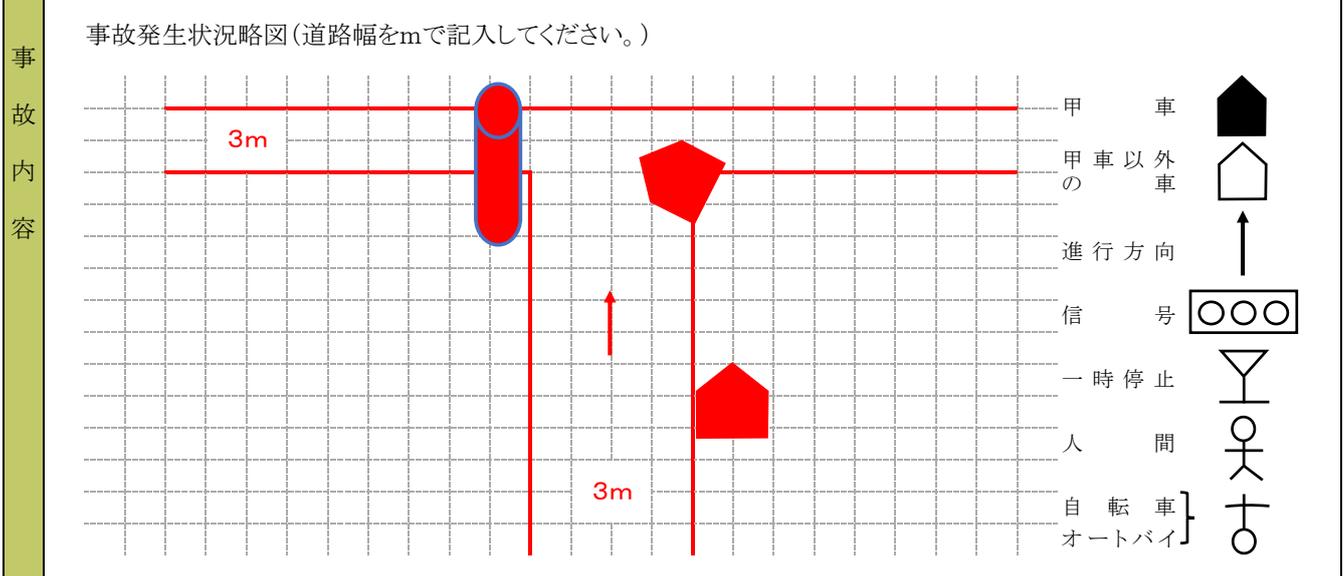
業務上または通勤路上による交通事故は、健康保険は使用できません。
会社に連絡し、労災保険の手続きを行ってください。

記入例

令和 1 年 7 月 6 日

被 保 険 者	記号・番号	記号	番号	所属部署	〇〇
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ イチロウ	健保 一郎	生年月日	昭平・令 4 8 0 9 1 5
	被保険者の現住所	郵便番号	東京都新宿区〇丁目〇番地	日中連絡の取れる電話番号	090 (9999) 9999
受診者(負傷者等)が被扶養者の場合	受診者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ	健保 花子	生年月日	昭平・令 4 9 1 2 2 1
				被保険者との続柄	妻

発生年月日	令和 1 年 6 月 7 日(金 曜日)	午前・午後	午後 10 時 20 分頃
発生の場所	東京都新宿区〇丁目〇		
傷病名	頭部打撲、腰部打撲、頸椎捻挫		
種別	車・バイク・自転車・歩行中・その他 []		
警察官の立合	あった・ない・ないが届出済		
所轄署	新宿 警察署		



どんな事をして いるときに	友人宅から帰宅中(自動車)
どうして	街灯も少なく見通しも悪い路地を走行中
どんなふうになっ て	突然ネコが飛び出してきて、ネコを避けようとハンドルを切ったら電信柱に衝突した。
体のどこの箇所を	頭部、腰部、頸椎
どのように負傷 したか	衝撃があり、打撲・捻挫した。

※ 以下の書類を添えてください。
① 交通事故証明書

* 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

治療の状況

記入例

この事故で治療を受けましたか 該当に○をつけてください		うけた ・ うけない			
治療を受けた場合、以下の必要事項に記入し、該当箇所○をつけてください					
医療 機 関	①	名称	マーキュリー病院	所在地 (都道府県)	東京 <input checked="" type="radio"/> 都・道 府・県
		治療期間	令和 1 年 6 月 7 日 から 令和 1 年 6 月 14 日まで <input checked="" type="radio"/> 入院 ・ <input type="radio"/> 通院		
	②	名称	マーキュリー整形外科	所在地 (都道府県)	東京 <input checked="" type="radio"/> 都・道 府・県
		治療期間	令和 1 年 6 月 14 日 から 令 年 月 日まで <input type="radio"/> 入院 ・ <input checked="" type="radio"/> 通院		
	③	名称		所在地 (都道府県)	都・道 府・県
		治療期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで <input type="radio"/> 入院 ・ <input type="radio"/> 通院		
	④	名称		所在地 (都道府県)	都・道 府・県
		治療期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで <input type="radio"/> 入院 ・ <input type="radio"/> 通院		
治療終了見込み		令和 1 年 6 月 30 日 頃 終了 ・ 終了 <input checked="" type="radio"/> 見込み			