

本人記入欄

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)



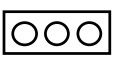



業務上または通勤途上による交通事故は、保険証は使用できません。
 会社に連絡し、労災保険の手続きを行ってください。

令和 年 月 日

被 保 険 者	保険証 記号と番号	記号				番号				所属部署	
	被保険者 氏名	(フリガナ)				生年月日				日中連絡の取れる電話番号	
	被保険者の 現住所	郵便番号									
受診者(負傷者等) が被扶養者の場合	受診者 氏名	(フリガナ)				生年月日				被保険者 との続柄	

事 故 内 容	発生年月日	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃										
	発生の場所											
	傷病名											
	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	警察署										

事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)

	甲 車	
	甲車以外の	
	進行方向	
	信号	
	一時停止	
	人間	
	自転車 オートバイ	

どんな事をして いるときに	
どうして	
どんなふうになっ て	
体のどこの箇所を	
どのように負傷 したか	

※ 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。

本人記入欄

治療の状況

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		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 入院 ・ 通院		
	②	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 入院 ・ 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 入院 ・ 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 入院 ・ 通院		
治療終了見込み		令和 年 月 日 頃 終了 ・ 終了見込み			