伺　令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	係

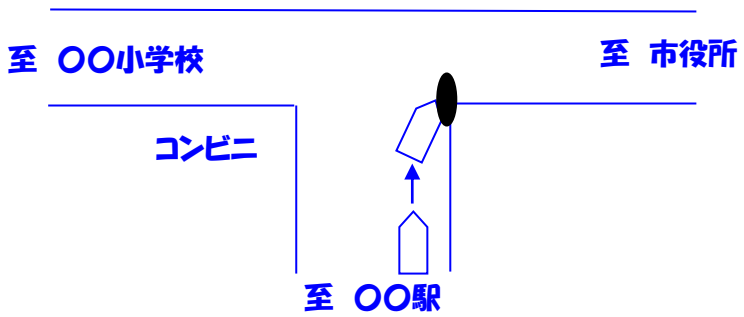
自損事故による傷病届

（その１）

＊被保険者等記号と番号	記号 1010		氏名	健保 太郎	
	番号 99999		現住所	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町 1－2－3	
被害者が勤務している事業所	名称	日本無線株式会社			
被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
傷病名	顔面挫傷 右肘打撲 右大腿部打撲	発生年月日	午前・(後) X 時 X 分頃 令和 X 年 X 月 X 日		
発生の場所	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町 3－2－1 路上				
種別	自動車事故・(バイク 自転車)事故・殴打 刺傷・その他（　　）				
事故結果	即死・入院直後の死亡 入院中の死亡（死亡 平･令　　年　　月　　日）・(治療)				
警察官の立合	(あった)・ない・ないが届出済・わからない				
所轄署	○○ 警察署　　派出所				

事故発生の現場および状況を図示してください。

事故発生状況略図



上記図の説明を書いてください。

友人宅から帰宅中、自宅付近をバイクで走行中に突然ネコが飛び出してきたため
避けようとした際にハンドル操作を誤って電信柱に衝突した。

この届に添えて提出する書類	1. 事故当事者の運転免許証の写し 2. 自動車事故証明書（二輪事故も提出を要す） 3. 診断書の写し

受付日付印
（次頁あり）

●該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

＊被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書（R7.12.1 までは健康保険証）、④事業所の健康保険担当部門（人事・総務／担当者）のいずれかでご確認ください。

事故者の自動車保険加入状況	自賠責保険	(有)　無		保険契約期間	自 平・(令) X年 X月 X日 至 平・(令) X年 X月 X日
	保険加入証明記号番号	記号OOOO 第OOOOO号		契約者氏名	健保 太郎
	契約保険会社	名称	OO損害保険株式会社		
		所在地	〒OOO-OOOO OO県OO市OO町456　TEL（OO）OOOO-OOOO		
	任意保険	(有)　無		保険契約期間	自 平・(令) X年 X月 X日 至 平・(令) X年 X月 X日
	保険加入証明記号番号	記号OOOO 第OOOO号		契約者氏名	健保 太郎
	契約保険会社	名称	同上		
		所在地	〃　TEL（　）		
治療状況	この事故で医師の治療をうけましたか	(うけた)・うけていない			
	治療をうけたとき　医療機関	名称	OO病院		
		所在地	OO県OO市OO町789　TEL（OO）OOOO-OOOO		
	支払方法	(健康保険)・加害者負担・自費・その他（　）			
	治療開始	令和 X年 X月 X日　(入院)　通院			
	転帰	（令和 X年 X月 X日現在） 現在入院中・(通院加療中)・治癒・中止			
	入院治療期間	入院 自 令和 X年 X月 X日～至 令和 X年 X月 X日 通院 自 令和 X年 X月 X日～至 令和 年 月 日			
	後遺症	ある・ある見込・ない・(ない見込)			
	治療見込	令和 X年 X月 X日から約 5ヵ 月ぐらい			