

健康保険 自損事故による傷病届

本人・家族

(その1)

被 保 険 者 証 号 と 番 号	記号	氏 名	⑨		
	番号	現 住 所			
被 保 険 者 が 勤 務 し て い る 事 業 所	名 称				
	所 在 地				
被 扶 養 者 が 起 こ し た 事 故 で あ る と き	氏 名			被 保 険 者 と の 続 柄	
事 故 内 容	傷 病 名	発 生 年 月 日	年	月	日
			午前・午後	時	分ごろ
	発 生 の 場 所				
	発 生 の 状 況	勤務中 ・ 通勤途上 ・ 私用外出中 ・ その他 ()			
	種 別	自動車事故 ・ バイク 自転車 事故 ・ その他 (種別を記入して下さい)			
	事 故 結 果	即死 ・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・ 治療 入院中の死亡			
	警 察 官 の 立 会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない			
所 轄 署	警察署			交番	

・ 該当文字を○で囲み、必要事項は記入して下さい。

この届に添えて提出する書類	1 交通事故証明書 2 (所有している場合は)診断書の写し 3 (死亡の場合のみ)戸籍謄本 および死亡診断書
---------------	---

受 付 日 付 印

治 療 の 状 況

(その2)

この事故で医師の 治療を受けましたか	うけた・うけない		
治療を うけたとき	医療機関	名 称	Tel ()
		所 在 地	
	支 払 い 方 法	健康保険 ・ 自費 ・ その他()	
	治 療 開 始	年 月 日	入院 通院
	治 療 の 結 果	(年 月 日 現在)	
		現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止	
	入 院 治 療 機 関	入院 自 年 月 日～至 年 月 日	通院 自 年 月 日～至 年 月 日
	後 遺 症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込	
治 療 見 込	年 月 日から約 日・くらい 月		

以下は記入する必要ありません

保険給付欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療養の給付	円	自 至 日間		
療 養 費	円	マッサージ ・ コルセット 柔道整復施術・はりきゅう・輸血		
傷病手当金	円	自 至 日間		
	円			
	円			
	円			
合 計	円			