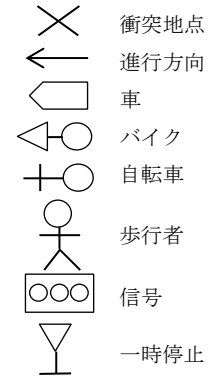


自損事故による傷病届

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—	被 保 険 者 氏 名	
被 保 険 者 事 業 所	名 称	TEL	
対 象 者 氏 名 (事故に遭われた方)	続 柄	年 齢	
事故状況について	事 故 発 生 日 時	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分頃 業務時間中 ・ 通勤途上 ・ その他 ()	
	事 故 発 生 場 所	都・道 区 町 府・県 市・郡 村	
	事 故 の 種 別	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ その他 ()	
	事 故 状 況	(図示してください) <div style="float: right; text-align: right;">  <p> × 衝突地点 ← 進行方向 車 車 バイク バイク 自転車 自転車 歩行者 歩行者 信号 信号 一時停止 一時停止 </p> </div>	
	負 傷 原 因	(何をしている時・どのように・どうして) ----- ----- ----- ----- -----	
負 傷 時 の 状 況	正常・飲酒・麻薬・無免許・居眠り・速度 () kmオーバー・信号無視 前方不注意・携帯電話の使用・追い越し違反・その他 ()		
警 察 の 立 会	あった (警察署 派出所) ・ ない		

治療状況について(その1)	診療を受けた医療機関名	
	傷病名	
	治療開始日	年 月 日 ~ 年 月 日 入院・外来
	支払方法	健康保険・自費・その他()
	現在の治療状況	入院中・通院中・治癒・中止
	後遺症	残った・残る見込み・残らない・わからない
治療状況について(その2)	診療を受けた医療機関名	
	傷病名	
	治療開始日	年 月 日 ~ 年 月 日 入院・外来
	支払方法	健康保険・自費・その他()
	現在の治療状況	入院中・通院中・治癒・中止
	後遺症	残った・残る見込み・残らない・わからない
治療状況について(その3)	診療を受けた医療機関名	
	傷病名	
	治療開始日	年 月 日 ~ 年 月 日 入院・外来
	支払方法	健康保険・自費・その他()
	現在の治療状況	入院中・通院中・治癒・中止
	後遺症	残った・残る見込み・残らない・わからない
署名	<p>上記の通り、事実に基づき報告いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>海空運健康保険組合 理事長 殿</p> <p>被保険者 住所</p> <p>TEL</p> <p>氏名</p>	(受付印)

(注) 交通事故証明書(保険会社原本証明でも可)を添付してください
業務・通勤途上中の負傷は労災保険が適用され、健康保険は使えません