

常務理事	事務長	係

自損事故による傷病届

(その1)

● 該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

被保険者証 記号と番号	記号 1010	氏名	健保 太郎 (印)	
	番号 99999	現住所	〒0000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町 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 平・ 令 X 年 X 月 X 日	
発生の場所	〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 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(死亡平・令 年 月 日)・ 治療 入院中の死亡			
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	〇〇 警察署		派出所	
事故発生状況略図 図示してください。	<p>事故発生状況略図</p>			
	上記図の説明を書いてください	<p>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。</p>		

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)

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