

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 証 記 号 と 番 号	記号 1010	氏 名	健保 一郎 (印)	
	番号 39876	現 住 所	〒 181-0013 東京都三鷹市下連雀 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 総務部総務グループ		
	所 在 地	東京都中野区中野 4-10-1 TEL (03) 2345-1111		
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 3 時 30 分頃 平成 XX 年 4 月 1 日
	発 生 の 場 所 〒 182-0012 東京都三鷹市上連雀 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 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	三鷹 警察署		派出所	
図 示 して 請 求 する 事故発生状況略図				
	い っ ぽ 上 記 図 の 説 明 を 書 いて 請 求 する	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。		

● 該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

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	自平成 XX 年 10 月 1 日 至平成 XX 年 10 月 1 日	
	保険加入証明 記号番号	記号 2022 第 8345210 号	契約者氏名	健保 一郎	
	契約 保険会社	名称	日本海上火災保険株式会社		
		所在地	〒 192-0081 東京都八王子市横山町 10-9-8 TEL (0426) 95-0101		
	任意保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険契約期間	自平成 XX 年 10 月 1 日 至平成 XX 年 10 月 1 日	
	保険加入証明 記号番号	記号 1511 第 632145 号	契約者氏名	健保 一郎	
契約 保険会社	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	三鷹市中央病院		
		所在地	三鷹市下連雀 4-10-1 TEL (0422) 48-5678		
	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	平成 XX 年 4 月 1 日	<input checked="" type="radio"/> 入院	<input type="radio"/> 通院	
	転帰	(平成 XX 年 4 月 10 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	入院自平成 XX 年 4 月 1 日～至平成 XX 年 4 月 8 日 通院自平成 XX 年 4 月 10 日～至平成 年 月 日			
	後遺症	ある <input type="radio"/> ある見込 <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> ない見込 <input type="radio"/>			
治療見込	平成 XX 年 4 月 1 日から約 5n 月ぐらい				