

健康保険 自動車事故等による傷病届〔自損事故用〕

被 保 険 者	被保険者証		氏名	印	TEL() -	
	記号・番号		住所	〒		
	被保険者の勤務 している事業所	名称		TEL() -		
		住所	〒			
被扶養者がうけた事故であるとき			氏名		続柄	
事 故 の 内 容	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分				
	発生場所					
	負傷の原因を詳しく記入	い つ	会社の用務での工作中 ・ 出勤途中 ・ 退社途中 ・ その他			
		どんな用務で				
		どうしているとき				
		な に が				
		どうなって				
		体のどこを				
		ど う し た				
		負傷後どうしたか				
家族が負傷した場合は必要ありません	事業所は労働者災害補償保険法の適用を受けていますか			受けて いる ・ いない		
	負傷当日の被保険者の勤務時間は	時 分 ~ 時 分 休日・欠勤				
うえの負傷は、業務外・業務上・通勤災害の事由に起因するものであることを証明します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名						
印						