

課 長	係 長	係

健康保険自損行為による傷病届

被保険者氏名		記号・番号	-
負傷者氏名		被保険者との続柄	
被保険者住所	〒 - TEL ()		
事業所名			
事業所所在地	〒 - TEL ()		
事故発生年月日	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分頃		
事故発生場所			
種 別	勤務中 ・ 通勤中 ・ その他()		
	運転中 ・ 同乗中 ・ その他()		
事故時の状態	* 同乗中の場合、運転者の氏名および連絡先 氏名 連絡先 TEL ()		
事故発生の状況(具体的にわかりやすく)			
.....			
.....			
.....			
.....			
自動車・バイク・自転車等運転時での主な原因(該当するものに をしてください) 居眠り・酒酔い・速度違反・脇見等・酒気帯び・故意・無断使用・操作ミス・その他()			
傷 病 名		現在の状態	治 癒 ・ 治療中
		健保使用月	平成 年 月より
医療機関名			
所 在 地	TEL ()		
組合記入欄			受付日付印
.....			
.....			
.....			