

# 健康保険 自損事故による傷病届

自損①

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	昭・平・令 年 月 日生			印
被保険者現住所							
被保険者が勤務する事業所	名称						
	所在地	TEL ( - - )					
被扶養者の場合	氏名		続柄				
	生年月日	昭・平 年 月 日生					

事故状況	傷病名		発生年月日	平成・令和 年 月 日 午前 時 分頃 午後		
	事故発生場所					
	負傷者の所用目的	就業時間中・出退勤途上・私用・その他				
	負傷の程度		事故の責任	自分・相手・相互		
	警察官立会の有無	いる いない いないが届出済 その他 ( )				
	立会警察官の所属	警察署				








治療状況	治療代支払方法	健康保険証を 使用した・使用していない (金額 円)				
	治療開始日	平成・令和 年 月 日 より				
	医療機関	名称				
		所在地	TEL ( - - )			

気象・環境状況	天候	晴 曇 雨 雪 霧 嵐		交通状況	混雑・普通・閑散・渋滞		
	明暗	朝方・昼間・夕方・夜間		事故速度	km/h, 制限速度 km/h		
	進路状況	舗装 してある 歩道(両・片) ある 直線・カーブ していない ない					
		平坦・坂道 見通し 悪い 積雪路・凍結路					
信号又は標識	信号機 あり 駐停車禁止 区間 ない 区間外	その他標識 ( )					

原因	酒酔 いねむり 運転未熟 不注意 スピードオーバー その他					
----	-------------------------------	--	--	--	--	--

保 險 会 社	自賠責保 險 会 社 名	所在地	支店名( ) TEL ( - - )
	任 意 保 險 会 社 名	所在地	支店名( ) TEL ( - - )

事 故 発 生 の 詳 細 な 状 況	

事 故 発 生 現 場 の 見 取 図	自 車 
	相 手 車 
	進 行 方 向 
	信 号 
	一 時 停 止 
	人 間 
	自 転 車 オ ー ト バ イ 

上記の通り、お届けします。

年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

印

ダイセル健康保険組合 理事長 殿

# 事 故 報 告 書

1. 被保険者記号・番号 (        ) - (        )
2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
3. 負傷者 \_\_\_\_\_ 続柄 (        )
4. 事故状況  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. 負傷状態
  - (1) 負傷の程度 \_\_\_\_\_
  - (2) 治療代支払方法(どちらかに○を)  
健康保険証を 使用した・使用していない
  - (3) 治療開始日 \_\_\_\_\_ 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  - (4) 治療を受けた病院 \_\_\_\_\_
  - (5) 治療代 \_\_\_\_\_ 円

以上の通り、ご報告いたします。

年    月    日

被保険者氏名

⑩

ダイセル健康保険組合 理事長 殿

# 念 書

この度、別紙のとおり交通事故を起こし負傷しました。

健康保険組合をはじめ関係各所には多大なご迷惑をおかけし、深く反省しております。今後、二度とこのような事故を起こさないことをお約束いたします。

なお、今回の事故で健保からいかなる判断がありましても、異議を申し立て致しません。

ダイセル健康保険組合理事長 殿

年 月 日

保 険 証 記号 ( ) 番号 ( )

被 保 険 者 住 所

氏 名 ⑩

以 上