

(健保記入欄)

受付年月日	R	年	月	日
	常務理事	事務長	担当者	

自損事故による傷病届

被保険者	記号・番号	記号		番号		氏名	
	現住所	〒					
	事業所・部署名						
	連絡先	メールアドレス:			TEL:		
負傷者	事故該当者	氏名				生年月日	S・H・R 年 月 日
	(本人・家族)	続柄			職業		
治療状況	病院名称	TEL:					
	所在地						
	傷病名						
	傷病の程度	軽症・重症・死亡	治療見込	H・R	年 月 日	から約	日間ぐらい
	治療費の支払方法	健康保険・保険会社請求・自費・その他()					
事故内容	事故発生日時	H・R 年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	事故発生の場所						
	事故の概要						
	種別	①自動車 ②バイク ③自転車 ④その他()					
	所轄署			警察署・派出所	未届(理由)		
質問事項	1. 飲酒運転をしていましたか? いいえ・はい						
	2. 無免許運転でしたか? いいえ・はい						
	3. 暴走行為の運転をしていましたか? いいえ・はい						

<添付書類> 交通事故証明書の写し

石原産業健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、自損事故による傷病届を提出します。

年 月 日 被保険者氏名 ㊞