

(健保記入欄)

受付	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
決定	令和 年 月 日				

自損事故による傷病届①

被保険者	被保険者証	記号			氏 名			性別	男・女	
		番号			住所					
		枝番								
	事業所名					所属部署				
	電話番号				内線番号					
事故該当者	被保険者(本人)の場合		氏 名			生年月日	S・H	年	月	日
	被扶養者(家族)の場合		氏 名			続 柄		性別	男・女	
			職 業 (学校名)			生年月日	S・H・R	年	月	日
病院に関する情報	病院(医院)名称						電話番号			
	所 在 地									
	傷 病 名									
	傷 病 の 程 度		死亡・重症・軽症	治療見込	平成・令和 年 月 日から 約 日間					
	治療費の支払方法		自 費 ・ 相 手 方 負 担 ・ 健 康 保 険 ・ そ の 他 ()							
事故内容	種 別		自 動 車 ・ バ イ ク ・ 自 転 車 ・ 歩 行 ・ そ の 他 ()							
	所 轄 署		警察署	交番	未届(理由)					
	過失の度合 (わかる範囲で)		自分が何割 → 0 , 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10							
状況	運転時の状況 について特に記載 すべき事項		該当する項目があれば全て○で囲んでください。 ・正常 ・疲労 ・泥酔 ・麻薬、覚せい剤服用 ・酒気帯び ・無免許運転 ・信号無視 ・速度超過()kmオーバー ・前方不注視 ・その他の道路交通法違反()							

上記のとおり、事実に基づき自損事故による傷病届を提出するとともに、健康保険診療の許可をお願いいたします。

地域医療振興協会健康保険組合 理事長 殿

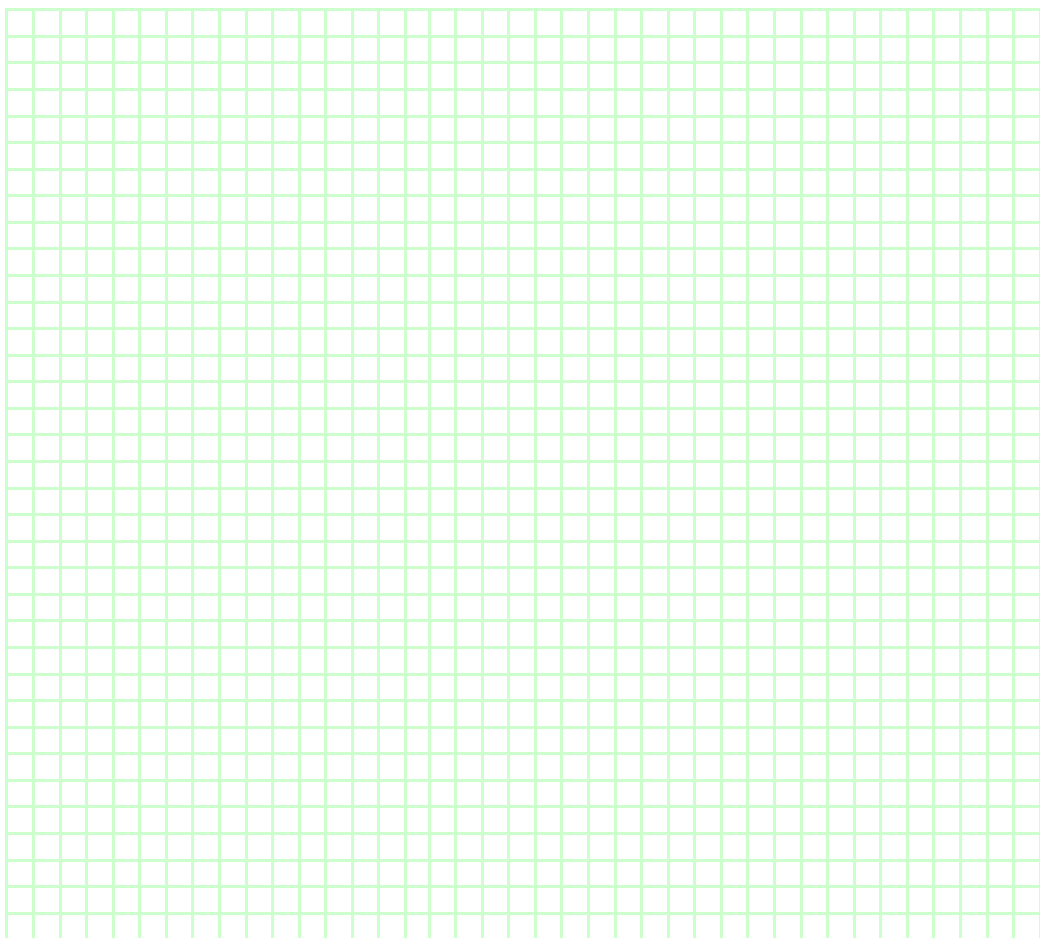
令和 年 月 日 被保険者氏名

(注) ・事故証明書(保険会社原本証明でも可)を必ず添付してください。

- ・通勤途上や業務上のケガや病気は、労災保険が適用され、健康保険は使えません。
- ・治癒、治療中止、症状固定等と診断された場合には地域医療振興協会健康保険組合にご連絡ください。
- ・事故理由により給付制限を行う場合がありますのでご了承ください。

自損事故による傷病届② (事故発生状況報告書)

事故発生状況			
交通事故発生年月日	平成・令和 年 月 日 AM・PM : ころ		
交通事故発生場所			
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道 路 状 況	① 直線・カーブ ② 平坦・上り坂・下り坂 ③ 見通し 良い・悪い ④ 積雪路・凍結路 ⑤ 信号 有・無		
運転時の健康状態	健康状態	良好・不良	飲酒状況 なし・酒気帯び(血中濃度)・酒酔い
速 度	自車両 km/h(制限速度 km/h)		

事故発生状況略図	
	自 車  相 手 車  進行方向  信 号  一時停止  人  自 転 車 バイク 
略図の説明・補足、加害者が不明の場合はその理由	

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

地域医療振興協会健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 被保険者氏名

印

自損事故による傷病届③ (自動車保険加入状況)

保険の種類		任意保険	
契約内容			
自動車保険証明番号 (契約番号)			
保険会社名			
保険契約者	住所		
	氏名		
自動車	種別		
	登録(車両)番号		
	車体番号		
保険契約期間		自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日 ()年間	
車両の保有者	住所		
	氏名		
	所有者との関係	本人・従業員・家族・その他()	
損害賠償金 支払請求先	所在地		
	名称		
	担当課名		
	担当者名		
	電話番号		

上記のとおり、自動車損害保険契約等の内容についてご報告いたします。

地域医療振興協会健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 被保険者氏名