

傷病原因報告書（診療許可願）

下記のとおり、事実に基づき傷病原因を報告しますので、健康保険
使用の許可をお願いいたします。

年 月 日

常務理事	事務長	グループ長	担当者	担当者

事故の状況	事故発生日 場所	事 故 日 時	年 月 日 () □午前 □午後 : 頃		
		発 生 場 所			
	事故種別	□交通事故 □その他 ()		業務上、もしくは通勤途上での傷病ですか？ □ はい □ いいえ	
	所轄警察署	□警察に届出済 □ 届出なし		警察署	

※ 就業時間中・通勤途上の傷病には労働災害保険が適用されますので、健康保険は使用できません。事業主へ届け出てください。

被保険者	記号・番号	記号	フリガナ				
		番号	氏 名				
	事業所名			TEL ()	コベルコネット 9 - -		
負傷者	負傷者の氏名	フリガナ 氏 名			続 柄		
		年 月 日生 (オ)					
	負傷者の住所	〒 -			TEL ()		
		交通手段	□自動車 □バイク □自転車 □歩行 □同乗 □その他 ()		事故相手	有無 □ あり □ なし □不明 (ありの場合は下記の情報を記入ください)	
	受診状況	病院名	(□入院 □外来)			交通手段： □自動車 □バイク □自転車 □歩行	
		傷病名				住所 〒 -	
治療状況		年 月 □すでに治癒 □治癒見込 □未定		氏名 TEL ()			

事故現場の状況を図示してください	事故発生状況略図		表 示 符 号	
			自 車	
			相手車	
			進行方向	
			信号	
			一時停止	
			人間	
			自 転 車 } バイク }	
			接触地点	
上記の説明	□正常運転	該当する項目があれば □をいれてください □飲酒 □無免許 □信号無視 □携帯電話使用 □速度超過 () kmオーバー □その他 ()		

【注】

上記報告書の内容によっては、被保険者の事業所へ連絡を入れる場合がありますので、ご了承ください。
なお、報告内容に虚偽の記載があった場合は、健保負担分の治療費を返還していただく場合があります。

備考欄	健保記入欄	受付印
	☐ 自損 ☐ 第三者 ☐ 労災	
	☐ 使用可or第三者届出 ☐ 使用不可 ☐ 一部不可	