

【注 1】交通事故の場合はB:事故発生状況報告書、C:念書、D:誓約書(相手がいる場合)、交通事故証明書を添付して下さい。

①被保険者・負傷者	被保険者証 記号・番号	記号 999	番号 9999	被保険者氏名 健保 太郎	年 〇〇 月 〇〇 日生
	被保険者 住所・連絡先	〒 700 - 0807 電話 (086) 123 - 4567 岡山県岡山市北区南方〇丁目〇番地〇号		負傷者の 職 種(具体的に)	大 学 生
	日中連絡先	(勤務先・携帯) 電話 (090) 1234 - 5678			
	負傷者が被 であるときは	連絡先は必ず ご記入ください 健保 一郎 年 〇〇 月 〇〇 日生		続 柄	長 男
②負傷(事故)発生状況	発生年月日	年 12 月 12 日 土 曜 日 17 時 20 分頃		出勤日	休日 () その他 ()
	発生場所	国道〇号線 岡山市北区〇〇交差点		原 因	※ いずれかに〇をして下さい。(複数可) 仕事中 出社途中 退社途中 〇私用中 不詳 〇第三者行為(交通事故等) 自己の過失(単独事故等)
	傷病名	頸椎捻挫			
	・何のために(目的)	友人の家に遊びに行くため			
	・どこで、どこからどこへ行く時(場所)	国道〇号線を通って、自宅から友人の家に行く途中			
・何をしていた(原因)	自動車を運転中				
・どうなったか(内容)	対向車がセンターラインを越えてきて、正面から衝突され、負傷した。				

(業務災害および通勤災害と認められる場合は、下欄に証明を受けてください。)

事業主証明欄	業務上などの区分とその理由 ※被扶養者(家族)の場合は不要	業務上・業務外・通勤災害 と判断します。(該当に〇印を付けて下さい) 理由(必須):
	事業所住所	年 月 日
	事業所名称	
	事業主名	印 (担当者連絡先 el)

↓ 以下は記入不要

健康保険組合記入欄	常務理事	事務長	グループ長	担当	担当	起案
	下記負傷原因 1. 業務災害 3. 第三者行為 に【該当】 【保険給付】 (理由)					月 日 第117条) 上げます。

記入不要です