

健康 保険 決裁 欄	常務理事	検	検	検	担当者

事業 所 確 認 欄	所属長	担当者

受付印

健康保険 自損事故による傷病届

被保険者証記号番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9	被保険者氏名	三 洋 太 郎		
負傷者氏名	三 洋 太 郎 (男・女)	職 業	会 社 員	被保険者との関係	本 人
負傷者住所	〒 1 2 3 - △△△△ 大阪府守口市金下町△-△-△ Tel 0 6 - 1 2 3 4 - △△△△				
傷 病 名	頸椎捻挫				
事業所名称	△△電機株式会社	勤務先電話番号	0 6 - 6 6 6 6 - △△△△		
受診した 医療機関	名称	△△記念病院			
	所在地	〒 5 7 0 - △△△△ 大阪府守口市緑町117-△△△△ Tel 0 6 - 6 7 8 9 - △△△△			
事 故 の 概 況	事故発生日時	令和 2 年 1 0 月 2 日 (土 曜日) □午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 2 時 3 4 分 頃 天候: 晴れ			
	事故発生場所	大阪府守口市京阪本通△-△-△ 市道路上			
	事故の種別	状態: □ 出勤途中・帰宅途中 □ 会社内 □ 会社用務中 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 □ その他 () 事故: <input checked="" type="checkbox"/> 自動車事故 □ バイク事故 □ その他の事故 ()			
	車輛の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 □ ブレーキ故障 □ ハンドル装置故障 □ 灯火不良 □ その他 ()			
	運転者の状態	心身: <input checked="" type="checkbox"/> 正常 □ 眠たかった(居眠り含む) □ 疲労 □ わき見 □ 飲酒 □ その他 () 状態: □ 携帯電話を使用中 □ シートベルト未着用 □ ヘルメット未着用 □ その他 ()			
	信号機	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □ 有 (□ 青 □ 黄 □ 赤 □ 黄色点滅 □ 赤色点滅)			
	事故の原因	■負傷を負ったときの状況について、何処で・何を・どうして・どうなったか等詳しくご記入ください。 休日に、上記の道路で、タバコに火をつけようと、よそ見をした際にハンドル操作を誤り、 電柱に衝突した。			
	警察への届出	□ 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (届出警察署) 守口警察署 警察署 Tel 0 6 - 6 9 9 4 - △△△△			
	目撃者の証言	□ 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	交通事故証明書の添付	□ 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
相手方の請求	□ 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※無い場合の理由 (車輛単独の事故のため、請求先なし。)				

裏面に続く

■事故発生状況報告

被害者氏名	三洋太郎		速度	50 km/h (制限速度 40 km/h)	
道路	歩道と車道の区別	有・無	交通状況	混雑・普通・閑散	
	事故現場の見通し	良い・悪い	道路の起伏	平地・坂道(昇・降)	
	道路の舗装	している・していない	道路の積雪・凍結	有・無	
事故現場	走行路の道幅 [約 5] m				
	国道または幹線道路・商店街・住宅街・その他()				
	一方通行・複数車線の一方通行・相互通行(片側一車線・片側複数車線)				
信号または標識	・信号機:(有・無) ・駐車禁止:(されている・されていない) ・その他標識()				

事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい

事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)

自転車 ▲
 自転車以外 ◻
 進行方向 ↑
 一時停止 Y
 人間 人
 自転車 自転車
 オートバイ オートバイ
 信号 〇〇〇
 接触点 X

上記の道路で、よそ見をした際にハンドル操作を誤って電柱に衝突した。

上記図の説明をして下さい

上記のとおり届け出をいたします。

令和 2年 10月 31日

サンヨー連合健康保険組合理事長 殿

報告者 氏名 三洋太郎

事業所記入欄	事業所所在地 事業所名称 事業主名	令和 年 月 日
	工作中や通勤途上の災害、 または加害者による傷病の 場合、記入すること	