

自損行為による負傷届

令和 年 月 日 届出

負傷者	被保険者		記号		—	氏名		印	電話			
			番号			住所						
	事業所		名称						電話			
			所在地									
	負傷者が被扶養者であるとき		氏名				年齢		歳	被保険者との続柄		
			住所									
免許証番号(12桁)												
事故の状況	負傷年月日		令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃									
	発生場所											
	事故種別		交通事故・その他									
	事故の 具体的 状況 詳しく	何をしていて		業務上・通勤中・その他								
		何が起きて										
どうなった												
警察署への届出		有・無						警察署 派出所	事故証明書の有無	有・無		
受診の状況	傷病名											
	医療機関	名称										
		所在地										
	治療開始日	令和 年 月 日 入院・通院										
	現状	入院中	通院中	治癒	年	月	日	その他				
受診方法	健康保険・自費・その他											
保険加入状況	保険会社名(任意保険)							担当者名				
	保険会社所在地									TEL		
	任意保険証書番号											
	保険期間(任意保険)		自	平成・令和	年	月	日	至	平成・令和	年	月	日
	保険契約者	住所										
	(任意保険)	氏名										

添付書類	1.事故発生状況報告書 2.交通事故証明書(原本)
------	---------------------------

※ この届出書は、被保険者(被扶養者)が交通事故などによってケガ等をし、健康保険を使用して治療する場合に、その負傷原因などを明確にするためのものです。

相手(加害者)のいない事故により負傷した場合はこの届けを健康保険組合に提出してください。
 相手(加害者)のある事故の場合は『第三者の行為による傷病届』で届け出てください。