

## 自損事故による傷病届

被 保 険 者		被保険者証の記号番号		氏 名		所 属 事 業 所	
		2 8 -					
負 傷 者 が 被 扶 養 者 の 場 合		氏 名		生年月日	年 月 日		続柄
事 故 発 生 日 時		令和 年 月 日		事故発生場所			
		午前・午後 時 分頃					
事 故 の 概 要							
治 療 状 況	傷 病 名		治 療 開 始 日		令和 年 月 日		
	傷 病 の 程 度		治 癒 見 込		令和 年 月頃		
	医 療 機 関 名		住 所		電 話		
		氏 名					
<p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(被保険者氏名) <span style="float: right;">印</span></p>							

- この届出書は、自損事故によるけがで医療機関で治療を受けた場合にすみやかに提出してください。
- 業務上、通勤途上の災害については、健康保険は使用できません。