自損事故による傷病届

被保険者		被保険者記号番号	氏名		所属事業所		
		28 － 99999	中工 太郎		○○営業所		
負傷者が被扶養者の場合		氏名 中工 花子	生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日		続柄	妻
事故発生日時		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 午前・午後 ○ 時 ○ 分頃	事故発生場所	○○市○○町○○丁目○○交差点			
事故の概要		自動車の運転中、道路上にあった障害物を避けようとして、ハンドルを切ったところ縁石に乗り上げ胸を強打した。					
治療状況	傷病名	胸部打撲	治療開始日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
	傷病の程度	軽症・重症・死亡	治癒見込	令和 ○ 年 ○ 月頃			
	医療機関名	住所 ○○市○○ △-△-△					
		名称 ○○医院	電話 ○○○-○○○-○○○○				

上記のとおり届出します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

（被保険者氏名） 中工 太郎 印

■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、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。