

常務理事	事務長	課長	主任	担当者

自損事故による負傷原因届

被 保 険 者	被保険者の 記号・番号	記号	番号	フリガナ	
				被保険者氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	現住所	〒 電話番号			
	勤務している 事業所	(名 称) 〒 (住 所) 電話番号			
被扶養者がうけた 事故であるとき		氏 名		続 柄	

※該当部分は○で囲み、必要事項をご記入ください

事 故 内 容	発生日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
	どんな用件時で	出勤途中 ・ 勤務中 ・ 休憩中 ・ 退勤途中 ・ 休日 ・ その他 ()
	種 別	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 自転車事故 ・ その他 ()
	警察官の立合	ない ・ ないが届出済 ・ あった ※警察の立ち合いがあった場合には必ず事故証明もご提出ください。
	事故原因	酒酔 ・ 居眠り ・ 法定速度オーバー ・ 携帯電話使用中 シートベルト未使用 ・ ヘルメット未使用 ・ 信号無視 ・ その他 ()
	事故発生状況略図	
	自 車  他 車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車 オートバイ 	
	上記図の説明をご記入ください (*どこで・何をしていた・どのように・負傷したのか詳細にご記入ください)	

治 療 状 況	傷 病 名				
	治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで ・ 見込み			
	治療した医療機関 ・調剤薬局等	名 称			
		住所	電話番号		
	治療した医療機関 ・調剤薬局等	名 称			
		住所	電話番号		
	治療した医療機関 ・調剤薬局等	名 称			
		住所	電話番号		