



事故届 (自損・単独事故)

承認決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

エリアコード	事務担当

(健康保険)

被保険者証	記号		被保険者氏名	(社員番号) ⑩							
	番号										
現住所	〒		TEL ()								
治療を受ける者の	氏名		生年月日	年	月	日	続柄				
所属	会社名		職場の電話								
	部			課							
事故発生 の 状 況	事故発生日時	年 月 日 (曜日)		午前・午後		時	分頃				
	事故の場所										
	行動の目的及び発生状況 (わかりやすく詳細に記入して下さい)										
				現場見取図							
社員の方が交通事故(単独)で怪我をしたときは事故日の勤務の状況			1. 勤務日(勤務時間 から まで) 2. 休業日								
治療 状 況	病院名										
	所在地	〒		TEL ()							
	傷病名		診療期間	年	月	日	から	年	月	日	予定
	治療状況	1. 入院中 2. 通院中 3. 中止 4. 治癒									

年 月 日 提出

【記入上の注意】

1. 自損・単独事故等で負傷し、健康保険で治療を受ける場合にこの届出を行って下さい。
2. 第三者(相手方)行為で負傷し、健康保険で治療を受ける場合は「第三者行為による傷病届」で届出を行って下さい。
3. 通勤災害や業務上災害の場合は健康保険は使用出来ません。