

常務理事	事務長	担当者

自損(単独)事故による負傷原因の報告と健保使用許可願

下記のとおり、事実に基づき負傷原因を報告します。  
健康保険使用の許可をお願いいたします。

申請日：令和 3 年 4 月 15 日

負傷者 (被保険者)	被保険者	記号 13** 番号 38****	フリガナ ヨコハマ コウタ	氏名 横浜 康太 昭 <sup>Ⓢ</sup> 2 年 5 月 10 日生 ( 30才 )
	事業所名	名称	横浜ゴム 株式会社	
	負傷者が被扶養者であるとき	フリガナ 氏名	扶養者が負傷したときに記入してください。 昭・平・令 年 月 日生( 才 )	

事故の内容	事故発生日・場所	事故日時	令和 3 年 3 月 13 日 (土) 午前 10:20 頃
		場所	神奈川県川崎市**区**町 7-6
	事故発生時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ( )	業務上、もしくは通勤途上ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	種別	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ( )	警察届出 <input type="checkbox"/> 届出あり ( 警察署 ) <input checked="" type="checkbox"/> 届出なし

治療状況	医療機関	名称	川崎〇〇病院
		所在地	川崎市**区**町 6-10
	転院の有無	上記以外の他医療機関への転院	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	治療期間	令和 3 年 3 月 13 日から	治療見込 3 年 6 月頃まで
		上記「治療期間」中の入院	<input type="checkbox"/> あり ( 日間 ) <input checked="" type="checkbox"/> なし

事故現場における状況を図示	<div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;">                 事故発生状況を図示してください。             </div>		✕ 事故地点 自 車 (乙) 相手車 (甲) 進行方向信号 一時停止 人 間

運転状況	負傷者の該当することがあればチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 居眠り <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 無免許 <input type="checkbox"/> 信号無視 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用 <input type="checkbox"/> 速度超過 ( ) kmオーバー <input checked="" type="checkbox"/> その他の道路交通違反 ( 右側を走行 )
------	--

上図の説明	交通事故の場合は、該当する「運転状況」に ✓ をしてください。 上図の事故発生状況について、詳しい説明を記入してください。	健保受付印