

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 年 月 日

負傷者(被保険者)	被保険者	記号	フリガナ			
		番号	氏名	昭・平 年 月 日生(才)		
	事業所名	名称				
	負傷者が被扶養者であるとき	フリガナ	氏名	昭・平・令 年 月 日生(才)	続柄	

事故の内容	事故発生日・場所	事故日時	令和 年 月 日() 午前 午後 : 頃			
		場所				
	事故発生時の状況	<input 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 type="checkbox"/> いいえ		
	種別	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input 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 type="checkbox"/> 届出なし		

治療状況	医療機関	名称				
		所在地				
	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 type="checkbox"/> なし				
治療期間	令和 年 月 日から ・ 治療見込 年 月頃まで 上記「治療期間」中の入院 <input type="checkbox"/> あり(日間) <input type="checkbox"/> なし					

事故現場における状況を図示					
---------------	--	--	--	--	--

運転状況	<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 type="checkbox"/> その他の道路交通違反()
------	--

上図の説明	健保受付印 横浜ゴム健康保険組合
-------	-------------------------