

健保使用欄	支給の可否	常務理事	課長	課長代理	主任	担当
	支給する ・ 支給しない					
	支給しない場合はその理由を記入					

傷 病 原 因 届

※日付はすべて和暦で記入

被保険者証	記号		番号		氏名		印 <small>(回転印不可)</small>			
事業所名・所属					日中連絡先 Tel ()	携帯 ()				
受診者が被扶養者の場合	氏名				生年月日	(和暦) 年 月 日				
傷病名										
治療の見込	年 月 日 から 約 日間									
受診した医療機関	(1)	病院名	所在地		〒	—	治療期間	年 月 日 から		
			住所	Tel			()	年 月 日 まで 日間		
	(2)	病院名	所在地		〒	—	Tel	()	治療期間	年 月 日 から
			住所	年 月 日 まで 日間						
負傷の原因および発生状況	（該当箇所に「レ」を入れてください。）	いつ負傷しましたか	<input type="checkbox"/> 勤務中(パート・アルバイト先を含む) <input type="checkbox"/> 通勤途上(同左) <input type="checkbox"/> その他 ()							
		どこで負傷しましたか	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・通勤途上 <input type="checkbox"/> 通学・通園先 <input type="checkbox"/> その他 ()							
		誰の行為によって負傷しましたか	<input type="checkbox"/> 自損 → 第三者(加害者)のいない交通事故は裏面もご記入ください。 <input type="checkbox"/> 第三者行為 → 別様式「 第三者行為による傷病届 」にご記入ください。							
	何をしているときに負傷しましたか	<hr/> <hr/>								
負傷したときの状況を詳しく書いてください	<hr/> <hr/>									

受付日付印

【自損事故の場合】








相手（第三者）がいない交通事故

①単独事故

例) ご自身の運転の誤りで電柱、ガードレール、ブロック塀等に激突した。など

②相手（第三者）に過失がない事故（100%自分に過失がある場合）

例) 信号待ちで止まっている車に追突してしまった。など

事故状況	発生現場	住所等（住所がわからない場合、〇〇県〇〇町〇〇交差点 など記入）																			
	事故現場の見取り図																				
	(道路幅も記入してください)																				
	自 車 																				
	相手車 																				
	進行方向 																				
	信 号 																				
	一時停止 																				
人 間 																					
自転車 オートバイ 																					
警察への届出	<input type="checkbox"/> あり (※) • <input type="checkbox"/> なし																				
(該当箇所「レ」を入れてください)	(なしの場合その理由)																				

※事故証明書（写）を添付してください