

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

被保険者等	記号	777	番号	123456	氏名	健 保 太 郎		
事業所名 所属	(所属)	株式会社 I H I 総務部総務課			日中 連絡先	TEL	03-1111-1111	
受診者が 被扶養者の場合	氏名	健 保 花 子			生年月日	(和暦)	×× 〇〇 年 11 月 11 日	
傷病名	右肋骨骨折							
治療の見込	(和暦)	6 年 1 月 15 日 から 約 60 日間						
受診した 医療機関	(1)	〇〇病院			治療 期間	(和暦)	〇〇 年 1 月 15 日 から 17 日間	
	病院名	〒	000-0000		TEL	03-1234-5678		
	所在地	住所	東京都〇〇区〇〇町1-2-3					
	(2)	〇〇クリニック			治療 期間	(和暦)	〇〇 年 2 月 1 日 から 43 日間	
病院名	〒	000-0000		TEL	045-234-5678			
所在地	住所	神奈川県〇〇区〇〇町1-2-3						
負傷の 原因および 発生状況	いつ負傷 しましたか	(和暦) 令和 〇〇 年 1 月 15 日 (日曜日) 13 時 30 分頃						
	どこで負傷 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)					
	誰の行為によって 負傷しましたか	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (私用で外出中)						
	何をしているときに 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				
負傷したときの状況を 詳しく書いてください	<input checked="" 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。						
	友人宅へ行く途中、ハンドル操作を誤ったため							
	十字路を曲がる際、ハンドル操作を誤り ガードレールにぶつかった							

受付日付印

【自損事故の場合】

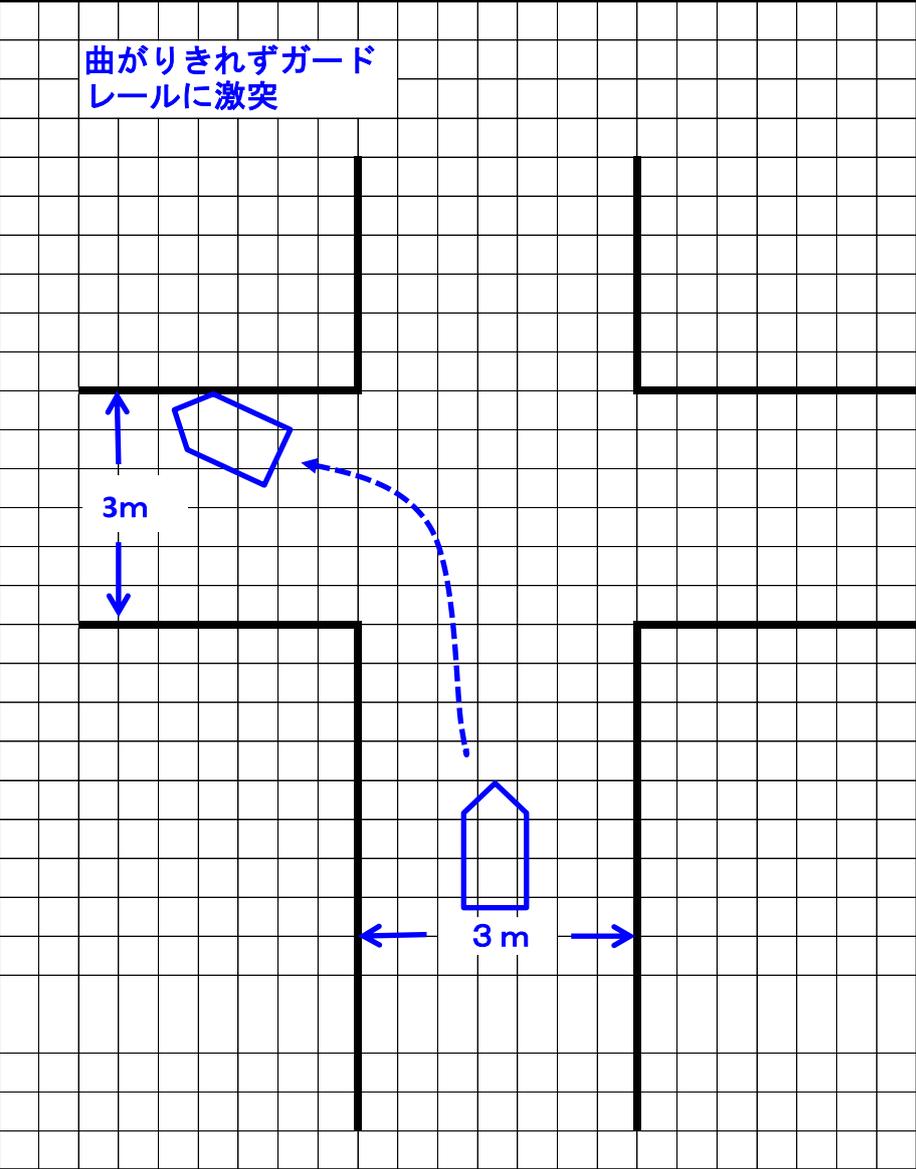
相手（第三者）がいない交通事故

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） 東京都江東区豊洲八丁目 十字路	
	事故現場の見取り図	曲がりきれずガードレールに激突	
	(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 checked="" type="checkbox"/> あり (※) • <input type="checkbox"/> なし (なしの場合その理由)		
(該当箇所に「レ」を入れてください)			

※事故証明書（写）を添付してください