

健康保険自損事故による傷病届

被 保 険 者 等 記 号 と 番 号	記号	被 保 険 者 氏 名	⑩	
	番号	現 住 所	〒 TEL ()	
被 保 険 者 が 勤 務 し て い る 事 業 所 (勤 務 先)	名 称			
	所 在 地	〒	TEL ()	
被 扶 養 者 が 起 こ し た 事 故 で あ る と き	氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄	
事 故 内 容	傷 病 名		発 生 年 月 日	令 和 年 月 日 午 前 ・ 午 後 時 分 頃
	発 生 の 場 所			
	種 別	自動車事故 バイク事故 自転車事故 その他()		
	警 察 官 の 立 合	あった・ない・ないが届出済・わからない		
	所 轄 署	警 察 署		派 出 所

この届に添えて 提出する書類 (交通事故の場合)	1 自動車事故証明書(写) ※ 警察に届出した場合 2 死亡の場合は戸籍謄本 および死亡診断書
--------------------------------	--

受付日付印

○ 個人情報の取扱いに関して

この届出書により知り得た個人情報は、健康保険の事務処理に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。

