

## 交通事故（自損事故）による傷病届

項 目		内 容			
(被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		保険者名
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな		生年月日
	氏名 / 生年月日	氏名		年 月 日	
	住所 / 電話		〒		TEL ( )
(受診者) 負傷者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな		生年月日
	住所 / 電話		氏名		年 月 日
			〒		TEL ( )
事故発生状況	事故発生日時		年 月 日		午前 / 午後 時 分頃
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		
負傷者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 無	保険会社名		担当部署
			担当者氏名		TEL ( )
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日
	住所 / 電話番号  <small>※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。</small>				治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ( )
			② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日
					治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ( )
			③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日
					治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ( )
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日		本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。