

常務理事	事務長	担当者
		記入例

負傷の原因報告（自損・加害者不明）

被保険者証 記号-番号	1111 - 99999	所属事業所名	渡辺パイプ株式会社 ○○SC		
被保険者名	健保 太郎	所属事業所連絡先	(03) 0000 - 0000		
負傷者名	健保 花子	続柄	妻	年齢	40 歳
事故発生日時	平成 25 年 4 月 1 日 (水) 午前・ <u>午後</u> 4 時 30 分頃				
事故発生場所	東京都○○市△△1番1号				
事故状況	<p>(事故発生状況を図示してください)</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> 衝突地点 <input checked="" type="checkbox"/> 進行方向 <input checked="" type="checkbox"/> 車 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車・バイク <input checked="" type="checkbox"/> 歩行者 </p>				
負傷原因 (具体的に)	<p>自転車で買い物に行く途中、信号のない交差点で横方向から来た車と出会い頭に衝突。転倒し、怪我をした。相手の車はそのまま走り去った。</p>				
負傷時の状態	<p>(負傷者について、該当する項目があればすべて○で囲んでください)</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 泥酔 <input type="checkbox"/> 麻薬、覚せい剤服用 <input type="checkbox"/> 酒気帯び <input type="checkbox"/> 無免許運転 <input type="checkbox"/> 信号無視 <input type="checkbox"/> 速度超過 () Kmオーバー <input type="checkbox"/> 原付バイク2人乗り <input type="checkbox"/> 居眠り <input checked="" type="checkbox"/> <u>前方不注意</u> <input type="checkbox"/> その他の道路交通法違 () </p>				
受診医療機関	○○総合病院	主傷病名	左足首骨折		
診療期間	平成 25 年 4 月 2 日 ~ 平成 年 月 日				
入院通院の別	入院・ <u>通院</u>	治療状況	治癒・ <u>治療中</u> ・中止		
加害者	<p><input checked="" type="checkbox"/> <u>いる</u>.....a. 相手はいるが自身の過失が10割である</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <u>b.</u> 相手は不明 (判明した際は必ず健保に連絡をしてください <input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> いない(自損)</p>				
<p>上記の通り、事実に基づき負傷原因を報告いたします。</p> <p>平成 25 年 4 月 2 日</p> <p>渡辺パイプ健康保険組合 理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住所：(〒100 - 9999) 東京都○○市△△町×××</p> <p style="text-align: right;">氏名： 健保 太郎</p> <p style="text-align: right;">TEL：(03) 3549 - 3082</p>					

(注)・交通事故の場合は警察へ届出をしてください
 ・通勤途上や業務上のケガや病気は、**労災保険が適用**され、健康保険は使えません
 ・事故理由により**給付制限**を行う場合がありますのでご了承ください