

健康保険 自損事故による傷病届

被保険者証の 記号・番号	事業所の名称				
	所 属				
	社員番号				
被保険者氏名					
負傷者氏名			続柄		年齢
負傷者住所					
事故発生日時	年 月 日 () 時 分頃				
事故の状態	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ オートバイ ☐ 乗用車 ☐ 同乗 ☐ その他()				
何の用務中	☐ 就業時間中 ☐ 出退勤途上 ☐ その他()				
受診状況	病院名		入院の有無	☐ 有(日間) ☐ 無	
	傷病名		治癒見込み	年 月頃	
運転者の運転状態	あてはまるものがあればすべて ☐ にチェックを入れてください。 ☐ 正常運転 ☐ 飲酒 ☐ 麻薬 ☐ 無免許 ☐ 居眠り ☐ 信号無視 ☐ 速度超過()キロオーバー ☐ 前方不注意 ☐ その他()				
人身傷害保険加入 の有無	人身傷害保険(自分自身の治療費を払ってくれる保険)へ加入し、保険会社が治療費の3割を負担していますか? ☐ はい ☐ いいえ				
休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法 ☐ 自分自身の人身傷害保険へ請求 ☐ 健保へ傷病手当金の請求 ☐ その他				
上記のとおり、「事故発生状況報告書」とともに、虚偽なく届出いたします。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 印 DMG森精機健康保険組合理事長殿					