

常務理事	事務長		担当者

## 負傷の原因報告（自損・加害者不明）

被保険者証 記号-番号	-	所属事業所名			
被保険者名	所属事業所連絡先		( )	-	
負傷者名		続柄		年齢	歳
事故発生日時	平成 年 月 日 ( )	午前・午後	時	分頃	
事故発生場所					
事故状況	(事故発生状況を図示してください) <div style="float: right; text-align: right;">           ✕ 衝突地点            ← 進行方向            ◻ 車            ㊤ 自転車・バイク            ㊮ 歩行者         </div>				
負傷原因 (具体的に)					
負傷時の状態	(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) ・正常 ・疲労 ・泥酔 ・麻薬、覚せい剤服用 ・酒気帯び ・無免許運転 ・信号無視 ・速度超過( )Kmオーバー ・原付バイク2人乗り ・居眠り ・前方不注視 ・その他の道路交通法違反				
受診医療機関			主傷病名		
診療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
入院通院の別	入院・通院		治療状況	治癒・治療中・中止	
加害者	・いる……a. 相手はいるが自身の過失が10割である b. 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 □ ) ・いない(自損)				
上記の通り、事実に基づき負傷原因を報告いたします。 平成 年 月 日 渡辺パイプ健康保険組合 理事長 殿 <div style="text-align: right;">           被保険者 住所：(〒 - )             氏名： <span style="float: right;">㊮</span>            TEL：( ) -         </div>					

(注)・交通事故の場合は警察へ届出し、**事故証明書**(保険会社原本証明でも可)を必ず添付してください  
 ・**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  
 ・**治癒・治療中止・症状固定等**と診断された場合は渡辺パイプ健康保険組合までご連絡ください  
 ・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

常務理事	事務長	担当
		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合い頭に衝突。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"/> 前方不注意 <input type="checkbox"/> その他の道路交通法違反 </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・ <input checked="" type="checkbox"/> 通院	治療状況	治癒・ <input checked="" type="checkbox"/> 治療中・中止		
加害者	<p> <input checked="" type="checkbox"/> いる……a. 相手はいるが自身の過失が10割である  <input checked="" type="checkbox"/> b. 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"/> )  <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し、事故証明書(保険会社原本証明でも可)を必ず添付してください  
 ・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  
 ・治癒・治療中止・症状固定等と診断された場合は渡辺パイプ健康保険組合までご連絡ください  
 ・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