

事故発生報告書（自損事故）

被 保 険 者	記号・番号	—	氏名	
	勤務している 事業所		部署名	
	電話番号	()	内線	()

* 被扶養者の事故である場合

氏名		続柄		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
----	--	----	--	------	-------------------

事故 内容	発生年月日	年 月 日 AM・PM 時 分頃
	事故の種類	自動車・バイク・自転車事故 殴打・殺傷・その他 ()

この事故に対する 保険金の受領 有・無 (○を付ける)	保険会社名	担当者：
	所在地	TEL ()
	契約者名	
	保険証明書 No	

治 療 状 況	治療を受けた 医療機関	医療機関名	
		所在地	
		電話番号	()
		治療開始日	年 月 日から 日間入院・ 日間通院
	治療を受けた 医療機関 (転院した場合のみ記入)	医療機関名	
		所在地	
		電話番号	()
		治療開始日	年 月 日から 日間入院・ 日間通院

上記のとおり相違ないことを報告します。

年 月 日

住所：

報告者

氏名：

印

* 提出について *

1. 年 月 日に からご連絡いただいた事故について、「事故発生報告書（自損事故）」と「事故発生状況報告書」を記入・押印のうえ健保組合へ提出ください。
2. 「交通事故証明書」（写し）を添付してください。
3. 「報告者」は、被保険者の署名捺印をお願いします。

事故発生状況報告書

被害者 (事故に遭った者)	氏名				加害者	1.自損事故のため無し
	続柄		年齢	才		2.不明
事故発生現場の見取図						
事故発生の状況						
上記に対する意見						

上記のとおり相違ないことを報告します。

年 月 日

報告者
 住所
 氏名

印