

被保険者 交通事故による負傷原因届
被扶養者

被保険者証 の記号・番号		被保険者氏名 生年月日	昭・平	年	月	日生	⑩
被保険者の現住所							
被保険者が勤務 する事業所の	名称						
	所在地					TEL	- -
* この届けが被扶養者に関する時						続柄	
氏名			生年月日	昭・平	年	月	日
事故の 状況	傷病名			発生年月日	年	月	日
	事故発生場所						
	何をしている時						
	負傷の程度			事故の責任	自分・相手・相互		
	警察官立会の有無	いる いない いないが届出済		その他()			
	警察官の所属		警察署		派出所(警察官氏名)	



治療 状況	治療代の支払い方法	健康保険証を 使用した・使用していない (金額)					
	治療開始日	平成 年 月 日 より					
	治療した	名称					
	医療機関の	所在地					

気象・ 環境 条件	天候	晴 曇 雨 雪 霧 嵐		交通状況	混雑・普通・閑散・渋滞		
	明暗	朝方・昼間・夕方・夜間		事故速度	Km、制限速度 Km		
	道路状況	舗装	してある	歩道 (両 ・ 片)	ある	直線・カーブ	
			していない		ない		
	信号又は標式	信号機	ある ない	駐車禁止	良い 悪い 区間 区間外	積雪路・凍結路 その他標式()	

原因	酒酔	居眠り	運転未熟	不注意	スピード オー バー	レース 行為	その 他
----	----	-----	------	-----	------------------	-----------	---------

保険会社	自賠責保険	支店名	
	会社名	所在地	TEL
任意保険	会社名	支店名	
	会社名	所在地	TEL

事故発生 の詳細な 状況	

事故発生 現場の 見取図		甲 車	
			
			
			
			
			
			

念書

この度、別紙のとおり交通事故を起こし負傷いたしました。

健康保険組合をはじめ関係各所には大変ご迷惑をかけ、深く反省しております。今後、二度とこのような事故を起こさないことをお約束いたします。

なお、今回の事故で健保通達にあるご処置がありましても異議申し立ていたしません。

健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

保険証 記号・番号

被保険者氏名 住所

氏名

印

事業所欄	状況補足説明及び意見 _____ _____ _____
	平成 年 月 日 事業所責任者 住所 氏名 印 TEL ()