









# 自損事故による傷病届 本人・家族

いすゞ自動車健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

被保険者	被保険者	記号	フリガナ		
		番号	氏名	昭・平 年 月 日生 (才)	
	現住所	〒 -		TEL ( )	
	被保険者が勤務している事業所(連絡先)	名称	〒 -		
所在地				TEL ( )	
事故を起こした人	フリガナ				続柄
	氏名	昭・平 年 月 日生 (才)			

事故の内容	事故発生日時	令和 年 月 日 ( ) 午前 : 午後 時 分頃
	事故発生の場所	
	事故発生時の状況	自動車・バイク・自転車・その他( )
	警察への届出	ある・ない ※(警察へ届出されている場合は交通事故証明書の写し

事故現場の状況を図示	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)	自動車  相手車  進行方向  信号  000 一時停止  人間  自転車  バイク 	事故発生の原因・状況説明(詳しく記載)

運転状態	正常運転
	無免許・無資格・飲酒・麻薬・いねむり・速度( )kmオーバー 赤信無視・携帯電話の使用・追い越し違反・その他( )

治療状況	病院名称	TEL ( )	
	所在地	〒 -	
	傷病名		
	傷病の程度	軽症・重症・死亡 治療見込 令和 年 月 日から 約 日間ぐらい	
	治療費の支払方法	健康保険・任意保険会社・自費・その他( )	

〈添付書類〉 交通事故証明書の写し

常務理事	事務長	課長	担当