

提出先：健保組合(大阪オフィス内)

サントリー健康保険組合 御中

## 自損事故届

【記入にあたって】 記入または該当するものを○で囲んでください。(エクセルの場合は不要部分の消去でも可)

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます。

		年 月 日 提出		
被保険者	被保険者証の 記号	番号	生年月日	年 月 日
	氏名	住所		
	勤務先の会社・事業所・部署			
負傷者	区分	被保険者(本人) ・ 被扶養者(家族)※		
	被扶養者※の氏名	続柄	生年月日	年 月 日
	場合は 住所	〒	職業(学校名)	
事故内容	事故発生の日時	年 月 日 (曜日)、 午前 ・ 午後 時 分		
	事故発生の場所			
	種別	自動車事故 ・ バイク事故 自転車事故 ・ 歩行中 ・ その他 ( )		
	原因(詳細に)			
警察への届出		届出済の警察署名	未届の場合は理由	
負傷状況	傷病名・部位			
	状態(入院・通院、死亡など)			
	治療開始日	年 月 日	治療終了見込み	年 月 日
	後遺症	ある見込 ・ ない見込 ・ わからない		
	医療機関	名称		
所在地		電話番号		
医療機関	名称			
	所在地	電話番号		
事故発生状況略図(道路幅をmで記入)				
<p>自 車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 ↑</p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 間 </p> <p>自転車 </p> <p>オートバイ </p> <p>横断歩道 </p> <p>接触点 ×</p>				