

常務理事	事務長	係	係	年 月 日 発議
				次のとおり処理したい 1. このまま完結 2. 調査のうえ処理

自損事故による負傷届

届出者	保険証 記号番号			被保険者氏名	④			
	事業所名			所在地				
被害者 (受診者)	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日生	続柄		
	事故内容	交通事故 (当方) 自動車・バイク・自転車・歩行 殴打 その他 () (相手) 自動車・バイク・自転車・歩行						
	警察への届出有無	有：人身事故・物損事故 (警察署) 無：理由 ()						
事故発生	平成 年 月 日 (曜) 午前・午後 時 分頃							
発生場所	市 町 郡 村							
治療状況 (治療順)	①	名称			所在地			
		治療期間	入院 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 通院 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで					
		医療機関における一部負担金の負担状況	自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ 社会保険					
	②	名称			所在地			
		治療期間	入院 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 通院 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで					
		医療機関における一部負担金の負担状況	自費 ・ 加害者負担 ・ 自賠責 ・ 社会保険					
	③	名称			所在地			
		治療期間	入院 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 通院 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで					
		医療機関における一部負担金の負担状況	加害者側が負担・被害者側が負担・その他 ()					
	治癒見込み (治療終了日)		平成 年 月頃 (平成 年 月 日終了)					
	後遺症		ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み					

添付書類 … 1. 事故発生状況報告書 2. 警察の交通事故証明書 3. 免許証の写し