

【交通事故】

本人  
 家族

負傷届

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被保険者	記号	100	氏名	西武 太郎	生年月日	昭和 <u>平成</u> 元年 4 月 1 日
	番号	12345	会社名	〇〇〇〇株式会社	所属	〇〇部
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇				TEL
受傷者が被扶養者のとき	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄

負傷内容	傷病名	〇〇打撲				
	発生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前・ <u>午後</u> 〇 時 〇 分				
	発生場所	〇〇県〇〇市〇〇町(国道〇〇号線)				
交通事故	原因	<u>交通事故</u> (自動車・バイク・自転車) その他( )				
	警察官立会い	<u>あった</u> ・ない・ないが届出・わからない				
	所轄署	〇〇 警察署			派出所	
負傷発生の状況	できるだけ詳しく記入してください。 〇月〇日(公休日)午後〇時〇分頃、用事を済ませて帰宅の途中に運転を誤り、国道の反対側車線のガードレールに衝突し、負傷しました。当日は、雨と濃霧で視界が悪く、左カーブに気づいたときに急ブレーキをかけたのがスリップした原因です。					
負傷日の状況	<u>公休日</u> (年休等を含む)・勤務： 自宅出発( 時 分)・自宅到着( 時 分) 就業( 時 分 ~ 時 分)					
治療状況	この負傷で治療を受けましたか？	<u>受けた</u> ・受けていない				
	医療機関	名称	〇〇病院			
		住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	転医年月日	令和 年 月 日				
	転医した医療機関	名称				
		住所	TEL			
	医療費の支払い方法	<u>健康保険</u> ・自費・その他( )				
	治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 入院・ <u>通院</u>				
	健康保険による治療開始日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 入院・ <u>通院</u>				
	転帰	現在入院中・ <u>通院加療中</u> ・治癒・中止 (令和 〇 年 〇 月 〇 日現在)				
治療期間	入院・ <u>通院</u> 自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日					
後遺症	ある・ある見込み・ない・ <u>ない見込み</u>					
治療見込み	令和 〇 年 〇 月 〇 日から ヶ月間ぐらい・〇〇 日間ぐらい					

事業主の証明	記載内容は事実と相違ないことを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 事業主名称 〇〇〇〇株式会社 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 氏名 〇〇 〇〇					健保受付年月日
	押印欄	事業所	所属	取扱者		
健保組合	常務理事	事務長				