

交通事故（自損）による傷病届

被 保 険 者	被保険者証記号-番号		-	職 種	
	氏 名		フリガナ		
	住 所		〒 - TEL - -		
	勤務先	名 称			
所在地		〒 - TEL - -			
負傷者が被扶養者の場合はその者の氏名		フリガナ		被保険者との続柄	
負 傷 状 況	い つ	令和 年 月 日 午前・午後 時頃			
	ど こ で				
	何をしている時	勤務中・通勤途中・その他（ ）			
運 転 免 許		有 ・ 無	飲 酒 運 転	有 ・ 無	
警 察 へ の 届 出		有	警察署・派出所へ届出		
		無	理由		
傷病手当金の請求		有 ・ 無	令和 年 月 日から		
			令和 年 月 日から		
治 療 の 状 況	医療機関名	医療機関所在地	受診期間		治療費
	1.		通院	～	健康保険 ・ 自費
			入院	～	その他（ ）
	2.		通院	～	健康保険 ・ 自費
			入院	～	その他（ ）
	3.		通院	～	健康保険 ・ 自費
入院			～	その他（ ）	

