決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員

自損事故による傷病届

ボールペンでご記入ください。

被保険者等記号番号	記号	番号	被保険者氏名		
事業所 名称			TEL（　） —		
事業所 所在地					
保険給付を受けた者 氏名		被扶養者の場合は続柄		TEL（　） —	
保険給付を受けた者 住所	（　歳）	職種及び仕事の内容			
事故発生年月日	平成 令和　年　月　日　曜日　午後・午前　時　分ごろ				
事故発生場所					
何の用務中か	休日・休暇・出勤前・出勤途中・会社内・出張中・休み時間中・帰宅途中・帰宅後・その他				
事故の種類	自動車事故・オートバイ事故・自転車・歩行中・殴　打・刺　傷・その他（　）				
警察署届出の有無	有（　警察署）・無（理由　）				
診療を受けた医師名及び病院等の名称・所在地	（医師名　）	傷病名		初診年月日	年　月　日
		健保・自費別診療期間	健保	年　月　日～　年　月　日	
			自費	年　月　日～　年　月　日	
転帰	現在入院中・通院加療中・治癒・中止	治療見込	平成 令和　年　月　日から 約　ぐらい		
備考（相手側が不明のときはその理由を記入してください。）					

上記のとおりお届けします。

令和　年　月　日

被保険者　〒
住　所

（届出者）
氏　名

この届に添付する書類等	1. 交通事故証明書 2. 事故発生状況報告書

愛知県情報サービス産業健康保険組合　殿

事 故 発 生 状 況 報 告 書

天　候	晴･曇･雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通･閑散	明　暗	昼間・夜間・明け方・夕方

道路状況	舗装	してある してない	歩道(両･片)	ある ない	直線・カーブ
	平坦・坂		見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路
信号又は標識	信号	ある ない	駐停車禁止	されている されていない	その他標識
速　度	甲車両	km/h (制限速度	m/h)	乙車両	km/h (制限速度 m/h)

事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅をｍで記入してください)
上記図の説明を書いて下さい。	

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告します。

令和　　年　　月　　日

報告者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿