事故発生状況報告書（自損事故）

負傷者	保険証の記号		番号		被保険者氏名	印	生年月日	SHR	年　月　日
	被保険者住所	〒 連絡先					事業所		部署
	負傷者が扶養家族の場合	氏名			生年月日	SHR	年　月　日	続柄	
	事故発生の日時	平成・令和　年　月　日（　）午前・午後　時　分頃					通勤中 / 通勤以外		
	事故発生場所								

事故の内容等	事故の発生原因および状況を詳しく記入して下さい	自　車 相手車 進行方向 信　号 一時停止 人　間 自転車 オートバイ			
		事故証明書の有無	有 ・ 無	無の場合は理由を記入して下さい	
	人身傷害保険（自分の保険）	使用 ・ 使用していない	損害保険会社名	担当名　連絡先	

治療関係	病院名	区分	傷病名	初診日	治療状況（　年　月　日時点）
		入院・通院		年　月　日	入院（通）中・中止・治癒
		入院・通院		年　月　日	入院（通）中・中止・治癒
		入院・通院		年　月　日	入院（通）中・中止・治癒

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。R2.4