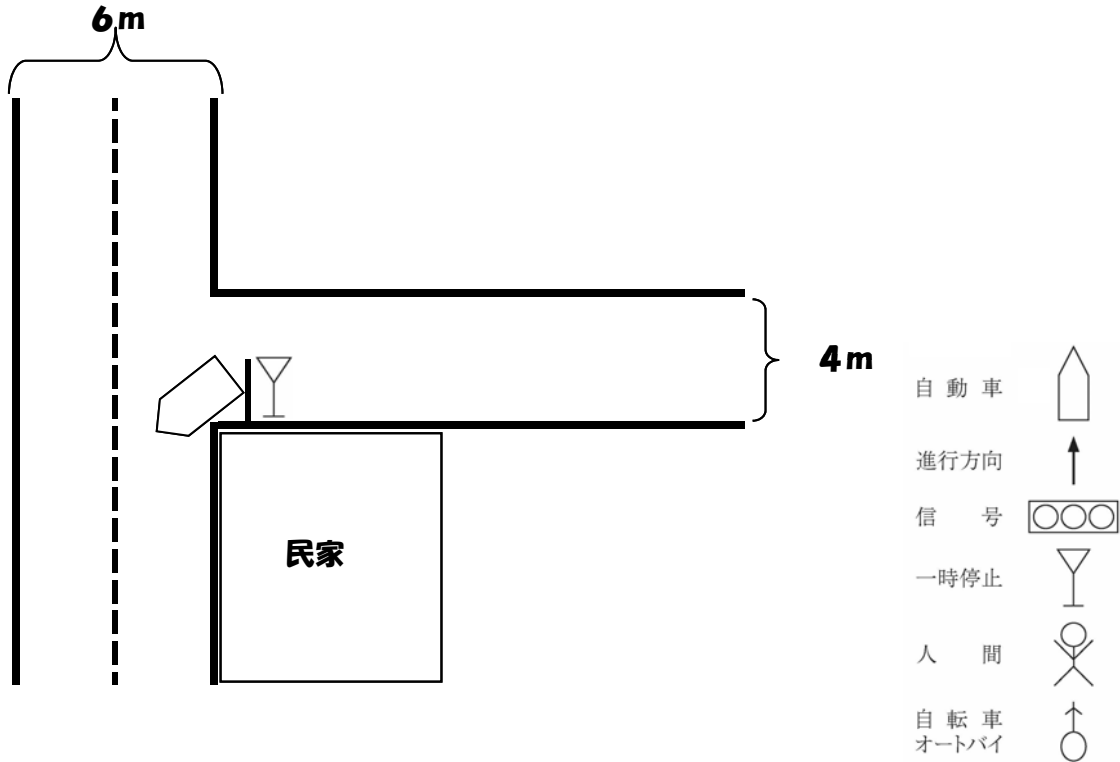


自損事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 MMB0000 号	当事者	氏名	健保 太郎	警察の立会
自動車の 登録番号	横浜 530 め 0000	当事者	連絡先	045-123-1234	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
当事者の 状態	<input checked="" type="radio"/> 車・バイク・自転車・その他()		交通状況	混雑・普通・ <input checked="" type="radio"/> 閑散	
天候	晴れ・ <input checked="" type="radio"/> 曇り・雨・雪・霧		明暗	<input checked="" type="radio"/> 昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	見通し <input checked="" type="radio"/> 良・悪	形状①	<input checked="" type="radio"/> 直線・カーブ	形状②	<input checked="" type="radio"/> 平埧・坂
速度	速度 10 km/h (制限速度 30 km/h)				
信号	信号の有無 <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	信号の色 (青・赤・黄)			
標識	一時停止標識 <input checked="" type="radio"/> 有・無	駐停車禁止	<input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	その他の標識()	

事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)

事故発生状況を示してください。



優先道路に左折をしようとした際にハンドルを切りすぎて民家の塀に衝突をした。

上記図の説明を書いてください。

平成24年 4月14日

報告者

氏名 健保 太郎



【自損事故】

健康保険

負傷原因届

常務理事	事務局長	課長	主任	係

被保険者について	記号	2312	番号	1000	※被扶養者が負傷した場合には↓の太枠内もご記入下さい。				
	フリガナ氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎			被扶養者	フリガナ氏名	続柄		
	生年月日	昭和・平成 ○○年 ○月 ○○日生			生年月日	昭和・平成	年	月	日生
	住所	〒231-0000 横浜市中区尾上町00-00 電話 045 (123) 1234							

負傷による事実関係について	負傷した日時	平成 24 年 4 月 1 日 (日 曜日) <input checked="" type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 8 時 15 分
	負傷した日は	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ()
	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩・食事中 <input type="checkbox"/> 社用外出中 <input type="checkbox"/> 退勤途中 (<input type="checkbox"/> 自宅直行・ <input type="checkbox"/> 寄り道[買物・食事等]) <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()
	負傷した場所は	<input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (横浜市中区●●の交差点)
	負傷した時の状況を具体的に記載してください。	車を運転中、左折をしようとした際に民家の壁と衝突して首をシートベルトで締め付けられ頸椎を痛めた
	負傷をした原因ではまるもの	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 暴力 (ケンカ等) <input type="checkbox"/> その他 ()
負傷者が被扶養者の場合、その職業は	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト等 <input type="checkbox"/> 児童・学生・生徒等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()	

負傷傷病名	① 頸椎捻挫	受診医療機関名 (●●法人 ●●病院)
	②	診療期間：平成 24 年 4 月 2 日～平成 年 月 日
	③	受診医療機関名 ()
	④	診療期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合

※枠線の該当箇所の記載・にチェック (レ) をしてください。

※負傷原因が第三者の行為によるものである場合、「第三者行為による負傷疾病の届」

「念書」「交通事故証明書」等が必要です。

受付印

上記のとおり、相違ありません

平成 24 年 4 月 14 日

届出者氏名

健保 太郎

健保