

～自損事故～

【提出書類について】

□「自損事故発生状況報告書」

※事故の状況を確認する上で必要となりますので、詳しくご記入下さい。

□「負傷原因届」

※業務上や通勤途上での負傷でないかどうかの確認の為必要な書類です。いつ、どこで、何をしている時に負傷されたのか等、できるだけ詳しくご記入下さい。

(業務上や通勤途上での負傷の場合は健康保険が使用できませんので、事業所へご相談下さい)








□ 添付書類

「交通事故証明書(写し)」

※事故状況の証明となるものですのでご添付下さい。

※交通事故証明書の発行については、事故を起こした都道府県の「自動車安全運転センター」へ申請してください。

自損事故発生状況報告書

自動車証明書 番号	第 _____ 号	当事者	氏名		警察の立会	
自動車の 登録番号			連絡先		有 無	
受診者の 状態	車・バイク・自転車・その他()		交通状況	混雑・普通・閑散		
天候	晴・曇り・雨・雪・霧		明暗	昼間・夜間・明け方・夕方		
道路状況	見通しは 良い 悪い		舗装は してある してない		歩道は (両・片) ある ない	
	形状① 直線・カーブ		形状② 平坦・坂		形状③ 積雪路・凍結路	
信号	信号は ある ない	信号の色は 甲者側信号(青赤黄) 乙者側信号(青赤黄)				
標識	一時停止標識は ある ない	駐停車禁止標識は ある ない		その他の標識()		
速度	甲車両 km/h (制限速度 km/h)		乙車両 km/h (制限速度 km/h)			
事故発生状況を 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。)					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 35%;"> <p>甲車 </p> <p>乙車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 バイク </p> </div> </div>					
上書 図の 説明を ください						

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告者
(受診者) _____ 氏名



健康保険 負傷原因届

または記入をお願いいたします

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号番号	生年月日	年	月	日	
	記号 <input style="width: 80px;" type="text"/> 番号 <input style="width: 80px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	氏名 (フリガナ) <input style="width: 400px;" type="text"/>	TEL <input style="width: 100px;" type="text"/>	(日 中 の 連 絡 先) ()			
住所 <input style="width: 400px;" type="text"/>						

※ 虚偽の申告は法令等違反になり、罰せられることがあります。
 ※ 提出後、申請内容に変更があった場合は速やかにご連絡ください。

被 保 険 者 ま た は 負 傷 し た 方 が 記 入 す る と こ ろ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: <input style="width: 150px;" type="text"/> 続柄 <input style="width: 20px;" type="text"/>)		
	負傷した方の勤務形態	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 法人の役員 → (労災保険に特別加入 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (<input style="width: 50px;" type="text"/>)		
	負傷日時	令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日 (<input style="width: 20px;" type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時頃 <input style="width: 20px;" type="text"/>
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩・食事中 <input type="checkbox"/> 出張中(社用外出含) ※「私用中」以外の方は「事業主欄」の記入が必要になります。 <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道有り・ <input type="checkbox"/> 無し) <input type="checkbox"/> 私用中		
	※上記「私用中」以外の方 負傷した方の仕事内容	(例：電動工具を使い製品の加工 等)		普段の作業人数 <input style="width: 50px;" type="text"/> 人位
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 (例：庭 <input style="width: 20px;" type="text"/>) <input type="checkbox"/> その他 (<input style="width: 50px;" type="text"/>)		
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 → (<input type="checkbox"/> 相手のいる事故 / <input type="checkbox"/> 自損事故) <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 飲酒 → (何を: <input style="width: 50px;" type="text"/> / 何杯: <input style="width: 20px;" type="text"/> 杯) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 (<input style="width: 50px;" type="text"/>)		
	相手はいますか。また、その場合はあなたは、被害者ですか、加害者ですか。	相手	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> 相手が逃げて不明	
	相手がいる場合：過失の度合	あなた (<input style="width: 20px;" type="text"/>) 割	: 相手 (<input style="width: 20px;" type="text"/>) 割	<input type="checkbox"/> 現時点では不明のため 分かり次第連絡します。
	負傷したときの状況を具体的に記入ください。	(例：休日公園をジョギングしているときに縁石につまづいて足を骨折した 等)		
負傷病名	受診医療機関 <input style="width: 150px;" type="text"/>			
治療経過	令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日 現在	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 治療継続中	<input type="checkbox"/> 中止
治療期間	令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日 から	令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日 まで		

相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」を出していただくことがあります。

事業主欄	業務災害および通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。			
	業務(通勤)災害該当の確認	<input type="checkbox"/> 有 → 認定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 不該当
		<input type="checkbox"/> 無 → 理由 <input style="width: 100px;" type="text"/>	管轄労基等 <input style="width: 50px;" type="text"/>	担当 <input style="width: 50px;" type="text"/> 様
上記、本人の申し立てのとおり業務災害または通勤災害に相違ないことを認めます。				
事業所所在地	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: auto;"></div> 受付印			
事業所名称				
事業主氏名				
電話番号				