

自損事故発生状況報告書

常務理事	事務長	担当者

森永健康保険組合 御中

(該当する口に✓チェックをして下さい)

※被扶養者が負傷した場合は下記↓太枠内もご記入下さい。

被保険者について	保険証の 記号番号	記号	番号	
	事業所名	TEL ()		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月
被扶養者	職業	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト等	<input type="checkbox"/> 無職	
		<input type="checkbox"/> 児童・学生等	<input type="checkbox"/> その他()	
	フリガナ			続柄
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月
住所	〒 () TEL【 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯】 ()			
	(都道府県)			

事故当事者の状況	事故を起こした人	フリガナ	続柄	生年月日	昭和	年	月	日生				
		氏名		平成								
	事故発生日時	令和	年	月	日	()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時	分	頃	
	事故発生場所	(都道府県)										
	事故発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 行き・ <input checked="" type="checkbox"/> 帰り) <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他()										
	自動車区分	<input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> 自動二輪車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他()										
	事故の原因	<input type="checkbox"/> 居眠り <input type="checkbox"/> 前方不注意 <input type="checkbox"/> 脇見 <input type="checkbox"/> スピードの出しすぎ <input type="checkbox"/> その他()										
警察への届出・立会	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あった ※(交通事故証明書がある場合は、写しを添付して下さい。)											
受診した医療機関等	医療機関	名称								TEL	()	
		住所	(都道府県)									
	調剤薬局	名称								TEL	()	
		住所	(都道府県)									
質問事項	1. 飲酒運転をしていましたか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2. 無免許運転ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ											
3. 暴走行為の運転をしていましたか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ												

事故発生状況の略図	事故発生の原因・状況説明(詳しく記載)
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

※負傷原因が第三者の行為によるものである場合、「第三者の行為による傷病届」・「念書」・「交通事故証明書(写)」等が必要です。

(自動車等の自損事故であっても同乗者が負傷した場合、運転者が加害者となり第三者の行為に該当します。)