

交通事故（車両単独）による傷病届

年 月 日 提出

健保被保険者記号 同上番号		氏名		印
住所	〒			
被保険者の勤務先	名称		TEL. 所属	
	所在地 〒		TEL.	
被扶養者の場合、氏名		生年月日	年 月 日	続柄

負傷の原因について

いつ（日時）	年 月 日 午前・午後 時 分頃
どこで（場所）	
なにを(目的) いずれかに○印を	業務中・出退勤途上・その他() ※業務中・出退勤途上は、労災保険を適用し、健保は適用できません
原因・状況 (できるだけ詳しく)	

治療状況について

傷病名			
医療機関名		所在地	
治療期間	年 月 日から	年 月 日	自賠責・自費・健保
医療機関名		所在地	
治療期間	年 月 日から	年 月 日	自賠責・自費・健保