

## 負傷届(交通事故)

常務理事	事務長	担当者

(本人・家族) ←該当する方に○印

被 保 険 者	記号		氏名						電話( )								
	番号		住所	〒		-											
	勤務事業所								電話( )								
負 傷 者	本人又は家族	氏名		続柄		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日							
	発生日時	年		月	日	時		分頃									
事 故 内 容	発生場所																
	事故 心身の状況 車両	事故発生状況略図															
事故の視認者	氏名								電話( )								
	住所	〒															
速度	km/h		(制限速度 cm/h)														
道路状況	天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方											
	舗装	してある・してない	歩道	片側・両側 / ある・ない													
	見通し	良い・悪い	中央斜線	ある・ない													
	状態	直線・カーブ・平坦・坂道・乾いている・濡れている・積雪路・凍結路															
信号・標識	信号	ある(青・赤・黄)・ない	駐車禁止	されている・されていない													
警察への届出	1. 有 ( ) 警察署		2. 無		行政処分	1. 有 2. 無		責任割合	割								
車両	車種				登録番号												
運転免許証	免許証の種類と番号																
	免許証の交付日	年			月	日	免許証の有効期限	年				月	日				
治 療 状 況	傷病名					後遺症	1. 有(有る見込み) 2. 無(無い見込み)										
	病院名称					入院	年					月	日	～	年	月	日
	所在地					通院	年					月	日	～	年	月	日
	治療見込み	年		月	日	より約	ヶ月	・	日	かかる見込み							
	治療終了日	年		月	日	終了											
	休業補償	有給休暇		・		保険会社へ請求		・		健保傷病手当金請求							

受付日付

発信者印	発信者印	発信者印

## 負傷届(交通事故以外)

常務理事	事務長	担当者

(本人・家族) ←該当する方に○印

被保険者	記号	氏名	電話 ( )		
	番号	住所	〒	-	
	勤務事業所	電話 ( )			
負傷者	本人 又は 家族	氏名	続柄	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	負傷した日時	年 月 日 時 分頃			
負傷内容	負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 休日の外出中 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト中 <input type="checkbox"/> 駅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> その他			
	スポーツ中の負傷の場合	<input type="checkbox"/> 社内行事 ( <input type="checkbox"/> 強制参加 ・ <input type="checkbox"/> 任意参加 ) <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル <input type="checkbox"/> 個人の趣味 <input type="checkbox"/> その他			
	上記が勤務日の場合	(就業開始時刻) 時 分 ~ (終業時刻) 時 分 / 寄り道 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 休憩中の外出時 <input type="checkbox"/> 出張または仕事の外出時 <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 退勤途中 (飲酒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
		労働(通勤)災害に	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
	負傷の状況	何をしていて			
		どういうふうになって			
どこをどうした					
	<input type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> 不可抗力 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 生まれつき <input type="checkbox"/> その他				
助成について	市区町村等から医療費助成を <input type="checkbox"/> 受けた (別紙をご提出ください) <input type="checkbox"/> 受けていない				
治療状況	傷病名	後遺症	1. 有 (有る見込み)    2. 無 (無い見込み)		
	病院名称	入院	年 月 日 ~ 年 月 日		
	所在地	通院	年 月 日 ~ 年 月 日		
	治療見込み	年 月 日 より約 ヶ月 ・ 日 かかる見込み			
	治療終了日	年 月 日 終了			
	休業補償	有給休暇 ・ 保険会社へ請求 ・ 健保傷病手当金請求			

受付日付

発信者印	発信者印	発信者印