

申請内容、個人情報については当該業務・健康保険組合の運営のみの利用とし、第三者への提供、開示は致しません。

アイシン健康保険組合

常務理事	事務長	係長	係

アイシン健康保険組合 御中

☐ 負傷原因報告書 (保険組合が提出必要と認めた場合)

☒ 自損行為による事故状況報告書

下記のとおり報告します。 年 月 日提出

被保険者証記号・番号		—		被保険者氏名		印	
勤務先	名称			所属内線 TEL		—	
	所属	工場 部・室		課・G		係・T 班	
保険給付を受けた者	氏名			被扶養者の場合は続柄		自宅 TEL () —	
	住所	〒□□□—□□□□					
負傷年月日 (いつ)		年 月 日 曜日		午前・午後 時 分 ころ			
		右の①～④のうち該当する番号を丸で囲んで下さい		①業務中または出張中 ②通勤途中 ③通学途中 ④その他 ()			
負傷場所 (どこで)							
負傷原因 (何をしていて・どこを・どうした)							
受診医療機関名 :				病院		診療科 :	
治療期間 :				年 月 日 ~ 年 月 日		治癒 ・ 継続治療中	
病院の窓口での自己負担分		1. 自費		2. その他 保険会社名 ()		保険内容 ()	
休業補償	1. なし	2. あり → 具体的に記入		保険会社名 ()		補償内容 ()	
状況略図							

※上記枠内は、被保険者が漏れのないよう記入して下さい。 ※状況略図は、交通事故の場合は、必ず記入して下さい。

※その他不明な点は、健康保険組合 (給付 G) までお問い合わせ下さい。

外線) TEL : (0566) 77-8021 FAX : (0566) 77-8020

※記入押印の取扱いについて

被保険者が氏名を本人自ら署名した場合は、押印は、不要です。但し、本人の自署以外の場合は、本人の押印が必要です。

健保使用欄	給付制限の有無	有・無	有の場合・該当条文	116・117・119・120	給付ランク	A・B・C
	*警察への届出の有無 有・・・ 署 ・ 人身 ・ 物損 無・・・理由			*その他返戻理由		