

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。

*経路 被保険者→健康保険組合
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		41 - 23456		被保険者氏名		健保太郎		健印保
勤務先	名称	アイシン〇〇会社		所属内線 TEL		12 - 3456		
	所属	××部 〇〇室 〇〇課 係 班						
保険給付を受けた者	氏名	健保太郎		被扶養者の場合は続柄	本人		自宅 TEL(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇	
	住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇						
負傷年月日 (いつ)	〇〇〇〇年 4 月 1 日 日 曜日		午前・午後 8 時 30 分ころ		①業務中または出張中			
	右の①~④のうち該当する番号を丸で囲んで下さい				②通勤途中 ③通学途中 ④その他(ツーリング中)			
負傷場所 (どこで)		〇〇県〇〇市〇〇町						
負傷原因 (何をしています・どこを・どうした)								
バイクでツーリング中、カーブが曲がりきれず転倒し、ガードレールに衝突して、全身を強打した。								
受診医療機関名:				アイシン総合 病院		診療科: 整形外科		
治療期間:				〇〇年 4 月 1 日 ~ 〇〇年 〇月 〇〇日		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 (JA 共済) 保険内容 (人身傷害補償)		
休業補償		1. なし		2. あり		→具体的に記入 保険会社名 (JA 共済) 補償内容 (8,000 円/日)		
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		*その他返戻理由			
	有・・・	署	・人身	・物損		
	無・・・理由					