

負傷原因の報告と健康保険診療許可願

※ 該当する項目に○で囲んでください。

受付日		平成 年 月 日	
常務理事	所属長	主担当	係員

被保険者証記号番号	10 — 1234567	被保険者事業所名	〇〇株式会社 △△事業部		
被保険者氏名	健 保 一 郎	事業所連絡先	××-××××-〇〇〇〇		
負傷者氏名	健 保 太 郎	続柄	子	年齢	21 歳
事故発生日時	H25 年 2 月 1 日 (金) 午前・午後 4 時 00 分				
事故発生場所	大阪府 〇〇市 △△町 ◇丁目 1 番 1 号				
事故状況	<p>(事故発生状況を 図示してください。)</p> <p>× 衝突地点 ← 進行方向 ◻ 車 ◻○ バイク +○ 自転車 ○ 歩行者</p> <p>※事故以外の負傷の場合は、原因のみを下記に記入ください。</p>				
負傷原因	<p>(何をしているとき・どのように・どうして)</p> <p>学校から普通乗用車を運転して帰宅途中、雨で前方が見えにくく下り坂カーブでスリップしたため、曲がりきれず対向車線のガードレールに衝突する。</p>				
負傷時の状態	<p>負傷者の該当する項目があればすべて○で囲んでください。</p> <p>○正常・疲労・泥酔・麻薬、覚せい剤服用・酒気帯び・無免許運転 ・信号無視・速度超過 (20) kmオーバー・原付バイク2人乗り・居眠り ○前方不注意・その他の道路交通法違反 ()</p>				
受診医療機関	〇〇総合病院	傷病名	左大腿骨骨折		
診療開始日	H25年 2 月 1 日～ 年 月 日 (入院 外来) (治療中・治療終了)				
加害者	<p>いる ・ いない ・ 不明</p> <p>(相手がいる場合は住所・氏名・連絡先を記入ください。)</p> <p>住所 (〒 -) 氏名 TEL ()</p>				
<p>上記の通り、事実に基づき負傷原因を報告するとともに、健康保険診療の許可をお願いします。</p> <p>平成 25 年 2 月 20 日</p> <p>パナソニック健康保険組合 理事長 殿</p> <p>(〒123-××××) 被保険者 住 所 大阪府〇〇市△△町×××</p> <p>氏 名 健 保 一 郎 (印) TEL (06) 6〇〇〇-××××</p>					

- (注) ● 交通事故の場合は警察へ届出し、**事故証明書**(保険会社原本証明でも可)を必ず添付ください。
 ● **通勤途上や業務上のケガや病気は、労災保険が適用**され、健康保険は使えません。
 ● **治癒・治療中止・症状固定等**と診断された場合はパナソニック健保へご連絡ください。
 ● 事故理由により**給付制限を行う**場合がありますのでご了承ください。