

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	—		被保険者事業所名			
被保険者氏名			事業所連絡先			
負傷者氏名		続柄		年齢	歳	
事故発生日時	年	月	日 ()	午前・午後	時	分
事故発生場所						
事故状況	(事故発生状況を 図示してください。) <div style="float: right; text-align: right;"> × 衝突地点 ← 進行方向 ◻ 車 ◁○ バイク +○ 自転車 ○ 歩行者 </div>					
負傷原因	(何をしているとき・どのように・どうして) <hr/> <hr/> <hr/>					
負傷時の状態	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。 ・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 () kmオーバー ・原付バイク2人乗り ・居眠り ・前方不注視 ・その他の道路交通法違反 ()					
受診医療機関			傷病名			
診療開始日	年	月	日～	年	月	日 (入院・外来) (治療中・治療終了)
加害者	いる ・ いない ・ 不明 (相手がいる場合は住所・氏名・連絡先を記入ください。) 住所 (〒 —) 氏名 TEL () —					
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。 平成 年 月 日 パナソニック健康保険組合 理事長 殿 (〒 —) 被保険者 住 所 氏 名 (印) TEL () —						

- (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。