負傷原因の報告と診療許可願 G

常務理事	検 印	担 当

事故状況	負傷日時	年　月　日（☐月・☐火・☐水・☐木・☐金・☐土・☐日） ☐午前 ☐午後　時　分　ごろ	
	発生場所	☐都☐道☐府☐県　☐市☐区	
	事故種別	☐交通事故 ・ ☐その他（　）	業務上、もしくは通勤途上での傷病ですか ☐はい ☐いいえ

※就業時間中・出退勤途上の負傷は労災保険の適用です。健康保険の使用はできません。（パート・アルバイト含）会社等の所属上長にご報告下さい。

被保険者	被保険者等の記号・番号	ー	被保険者氏名	フリガナ：	
	事業所名		被保険者連絡先（内線）	TEL ー ー （内線） ー ー	
負傷者（被害者）	負傷者の氏名	フリガナ：	☐男 ☐女	続柄	年齢　才
	負傷者の住所	（〒　ー　）	負傷者の連絡先 ー ー		
	交通手段	☐自動車 ☐バイク（含む原付） ☐自転車 ☐徒歩 ☐その他（　）	事故相手の有無	☐あり ☐なし ☐不明（相手ありの場合は下記を記入ください。）	
	受診状況 病院名	（☐入院 ☐外来）		住所（〒　ー　）	
	受診状況 傷病名			氏名	
	受診状況 治療状況	年　月頃 ☐すでに治癒 ・ ☐治癒見込 ・ ☐未定		TEL ー ー	

事故現場における状況を図示してください

バイク 自転車
事故地点
車両
人間
進行方向
信号
一時停止

☐正常

負傷者の該当する項目があれば塗りつぶしてください。
☐疲労 ☐居眠り ☐飲酒 ☐麻薬 ☐無免許 ☐赤信号無視 ☐携帯電話の使用
☐速度超過（　）kmオーバー ☐その他の道路交通法違反（　）

上図の説明

パナソニック健康保険組合　御中

上記のとおり、事実に基づき負傷原因を報告し、健康保険使用の許可をお願いいたします。

年　月　日

健保受付印

《添付書類》交通事故証明書（原本もしくは保険会社原本証明/写でも可）

2024.12