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	2024 年 2 月 10 日（□月・□火・□水・□木・□金・□土・■日）	□ 午前 ■ 午後	14 時 30 分 ごろ		
発生場所	大阪 □都 □道 ■府 □県	○○	■市 □区	△△ 町 ◇丁目 1番1号	
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。

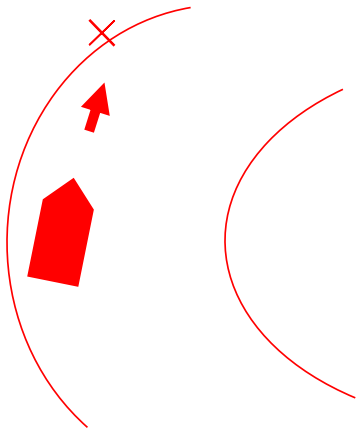
被保険者

被保険者等の記号・番号	1 0 － 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	フリガナ：ケンポ イチロウ 健保 一郎	
事業所名	○○株式会社 △△事業所	被保険者連絡先（内線）	TEL ××－×××－○○○○ (内線) △-△△△△－××××	

負傷者（被害者）

負傷者の氏名	フリガナ：ケンポ タロウ 健保 太郎	■ 男 □ 女	続柄	子	年齢 21才
負傷者の住所	（〒 123 － ×××× ） 大阪府 △△市 ○○ 町 ×××	負傷者の連絡先	― ―		
交通手段	■ 自動車・バイク □ 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	△△市民病院 （■ 入院 □ 外来）		住所（〒 ― ）		
受診状況 傷病名	左大腿骨骨折				
受診状況 治療状況	R6 年 6 月頃 □ すでに治癒 ・ □ 治癒見込 ・ ■ 未定		氏名 TEL（ ） ―		

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（ 20 ）kmオーバー □ その他の道路交通法違反（ ）

上図の説明

居眠り運転をしてしまいカーブに気づくのが遅れ、曲がり切れず道路のガードレールに衝突し負傷した。

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。

2024 年 2 月 20 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