

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 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		時 分 ごろ
	発生場所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区	
	事故種別	<input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> その他()		業務上、もしくは通勤途上での傷病ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	被保険者証の記号・番号									被保険者氏名	フリガナ:	
	事業所名			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:		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		年齢		才			
	負傷者の住所	(〒 -)		負傷者の連絡先								
	交通手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク(含む原付) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()		事故相手の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (相手ありの場合は下記を記入ください。)		住所(〒 -)		氏名			
	病院名	(<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来)			TEL							
	傷病名											
治療状況	年 月頃 <input type="checkbox"/> すでに治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治癒見込 ・ <input type="checkbox"/> 未定											

事故現場における状況を図示してください	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p><input type="checkbox"/> 正常</p> </div> <div style="width: 55%;"> <p>負傷者の該当する項目があれば塗りつぶしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 居眠り <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 無免許 <input type="checkbox"/> 赤信号無視 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用</p> <p><input type="checkbox"/> 速度超過()kmオーバー <input type="checkbox"/> その他の道路交通法違反()</p> </div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>上図の説明</p> </div> <div style="width: 55%;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> バイク 自転車 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 事故地点 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 車両 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 人間 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 信号 </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 一時停止 </div> </div> </div> </div>	

<p>パナソニック健康保険組合 御中</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	<p>健保受付印</p>
--	--------------

《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)