

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	2021年 2月 10日		<input type="checkbox"/> 午前	14時 30分 ごろ
	(<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土・ <input checked="" type="checkbox"/> 日) <input checked="" type="checkbox"/> 午後				
	発生場所	大阪	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input checked="" type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区
事故種別	<input checked="" 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 checked="" 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	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	〇〇株式会社 △△事業所		被保険者連絡先(内線)	TEL (内線)	××-×××-〇〇〇〇 △-△△△△-××××					
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			<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	子	年齢	21才		
	負傷者の住所	(〒 123 - ××××) 大阪府 △△市 〇〇町 ×××			負傷者の連絡先 - -						
	交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 自動車・バイク <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 checked="" 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。)					
	受診状況	病院名	△△市民病院 (<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来)			住所(〒 -)					
		傷病名	左大腿骨骨折			氏名					
	治療状況	<input type="checkbox"/> すでに治癒 ・ <input type="checkbox"/> 治癒見込 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 未定				TEL() -					

事故現場における状況を図示してください		
	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 疲労 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 速度超過(20)kmオーバー <input type="checkbox"/> 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。

2021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)