

## 自損事故に必要な書類について

交通事故による傷病について健康保険診療を受ける場合は、当組合までご一報ください。（医療機関によっては組合の許可を求められる場合があります。）

自損事故による負傷について、健康保険法に基づく保険診療を受けた場合、被保険者は遅滞なく下記の書類を健康保険組合に届出てください。（健康保険法第59条）

事故から1ヵ月を目途に当組合に提出してください。

提出がない場合、被保険者証の使用が認められないことがありますのでご注意ください。

通勤中の負傷の治療に健康保険は使えません。会社に通勤時の負傷であることを申し出て労災保険の申請を行ってください。

《必要書類》

- ① 事故発生状況報告書（A4サイズ 1枚）
- ② 自損事故による傷病届（A4サイズ 1枚）
- ③ 警察立会いの場合は交通事故証明書（コピー 1通）

《提出先・問い合わせ先》

〒424-0924  
静岡県清水区清開1-4-10  
フジ日本健康保険組合  
電話 054-335-4046



# 健康保険 自損事故による傷病届

常務理事	事務長	係員

※負傷原因が第三者の行為によるものである場合、「第三者行為による負傷疾患」  
「念書兼同意書」「交通事故証明書」等が必要です。

被保険者について	記号		番号		※被扶養者が負傷した場合には↓の太枠内もご記入下さい。					
	フリガナ氏名				被扶養者フリガナ氏名			続柄		
	生年月日	S・H	年	月	日	生年月日	S・H・R	年	月	日
	住所	〒			—		電話	( )		

※枠線内の該当箇所の記載・□にチェック(レ)をしてください。

負傷による事実関係について	負傷した日時	R	年	月	日	( 曜日 )	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時	分	
	負傷した日は	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	負傷した時間帯は	<input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩・食事中 <input type="checkbox"/> 社用外出中 <input type="checkbox"/> 退勤途中 ( <input type="checkbox"/> 自宅直行・ <input type="checkbox"/> 寄り道 [買物・食事等] ) <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	負傷した場所は	<input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	運転状態 (当てはまるものすべてにチェック)	<input type="checkbox"/> 正常運転 <input type="checkbox"/> 無免許 <input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> いねむり <input type="checkbox"/> 速度 kmオーバー <input type="checkbox"/> 赤信号無視 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用 <input type="checkbox"/> 追い越し違反 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 服薬あり (服薬した時間: 時 分頃 薬名: )									

受診状況	医療機関名①		入院の有無	有 ( 日間 ) ・ 無
			治療開始日	R 年 月 日
	医療機関名②		入院の有無	有 ( 日間 ) ・ 無
			治療開始日	R 年 月 日
治癒見込み	全治 ( 日 ・ 週間 ・ 月 ) 見込			

保険状況使用	人身傷害保険使用の有無	有 ( 保険会社名 ) ・ 無
	( 人身傷害保険とは、自動車損害保険の特約保険で、負傷の原因が交通事故の場合のみ適用され、自分自身の治療費を責任割合にかかわらず、100%払ってくれる保険 )	

受付印

フジ日本健康保険組合 理事長殿

上記のとおり、相違ありません

令和 年 月 日

届出者氏名 (印)