

自損(相手不明を含む)等届出書

<被害者(被保険者・被扶養者)> ※ 就業時間中、出勤途上中の負傷は労災保険適用です。健康保険は使用出来ません。

被保険者	記号		氏名	男・女 才		事故該当者が本人の場合は□に✓する <input type="checkbox"/>	
	番号		住所	〒			
	生年月日	年 月 日		日中連絡可能な電話番号	TEL		
事故該当者 被扶養者 (家族)の場合	氏名	男・女 才		続柄	生年月日	年 月 日	
	住所	〒		日中連絡可能な電話番号	TEL		
治療状況	病院名			主傷病名			
	治療期間	自 : 年 月 ~ : 至 年 月		治療中 ・ 治癒			
	病院名			主傷病名			
	治療期間	自 : 年 月 ~ : 至 年 月		治療中 ・ 治癒			
人身傷害 保険確認	被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約(任意保険)について 今回の治療にご自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか? (いる ・ いない) (いる)の場合は下記↓へ記入 加入保険会社名称()連絡先()担当者名()						

備考	
----	--

受付日受印