

自損事故による傷病届

神奈川県市町村職員共済組合理事長様

療養者情報	組合員証記号番号	〇〇-〇〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎	
	療養者氏名	共済 花子	療養者生年月日	昭3 平4 令5	〇〇年 〇月 〇〇日生
事故内容	日時	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (午前(午後) 〇〇時 〇〇分頃)			
	事故発生場所	神奈川県横浜市中区〇〇-〇〇-〇〇			
	発生時の状況	仕事中・通勤中・(私用)・その他() ※仕事中・通勤中の負傷は公務災害等の対象となるため、組合員証の使用は出来ません。			
	交通手段	自動車・(バイク)・自転車・徒歩・同乗・その他()			
	警察への連絡	(有)・無	組合員証の使用有無	(有)・無	
治療状況	医療機関名	〇〇病院、〇〇薬局〇〇店			
	治療開始日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (入院・(通院)開始)			
	現在の治療状況	〇〇年 〇〇月 〇〇日現在 入院中・(通院中)・治癒			
	傷病名	(例:大腿骨骨折、頸椎捻挫) 右大腿骨骨折、腰椎捻挫、右膝挫傷			
	治療の終了見込	1. 年 月頃終了予定 (2) 事故後(3ヶ月・(半年)・1年)以内に終了予定 3. 事故後 年以上かかる見込			
	今回事故における治療費を自身が加入する任意保険(人身傷害保険等)で負担しているか。 ※人身傷害保険等を利用されている場合は以下に記入をお願いいたします。	(はい)・いいえ			
	保険会社名 部署名	〇〇〇〇保険会社 〇〇センター	担当者名 連絡先	担当者:神奈川 一郎 TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
事故内容の詳細の説明(図や文章を添えて)	雨の日にバイクで走行中、カーブに差し掛かり、曲がろうとしたが、 曲がり切れずにガードレールに追突した。 その際に、脚を強打し、痛みもあったため、救急車を呼び 〇〇病院を受診し、足の骨にひびが入っていることがわかった。 				

※枠内を記入、該当箇所にて○で囲んでください。

※一部負担金払戻金、家族療養費附加金は原則不支給となります。

(続きは裏面に記載してください)