

自損(単独)事故による傷病届

枝番(-00)記入は不要です。

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	-		被保険者氏名			
被 保 険 者 の 勤 務 す る 事 業 所					従業員 番号	
被 保 険 者 現 住 所					日中の連絡先 電話番号	
怪 我 を さ れ た 方	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
事 故 発 生 日 時	平成 令和 年 月 日()		午前 午後 時 分頃			
業 務 上 ・ 外 区 分	業務上・業務外 通勤途上・通勤 外(共○で選択)					
事 故 発 生 場 所						
警 察 へ の 届 出	届出済 届けていない(理由)					
医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地	所在地				名称	
治 療 費 支 払 方 法	自 費 健康保険 その他		現在の状況	入院中 通院中 治 癒 中 止		
傷 病 名 及 び 部 位	入院期間 自 月 日 至 月 日					

事故発生状況報告書

事故現場 における状 況を図 示して 下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)	自 車 自車以外の車 進 行 方 向 信 号 一 時 停 止 一 方 通 行 人 間 自 転 車 バ イ ク
上 記 図 の 説 明 を 記 入 下 さい。		

ルネサス健康保険組合

< 書類の送付先 >

ルネサス健康保険組合 郵送:[〒187-8588 東京都小平市上水本町 5-20-1]
社内便:[(む)ルネサス / # H1S2 / 健保]