【添付書類】交通事故証明書の写し

(健保記入欄)

常務理事	事務長	担当者

自損事故による傷病届

被保険者	被保険者等	記号		番号		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	被保険者氏名						
	被保険者住所						
	被保険者連絡先	メールアドレス				電話番号	
	事業所名称						
負傷者	事故該当者 ※被保険者本人が該当する場合は記入不要	氏 名				生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
		職 業				続 柄	
治療状況	病院名称					電話番号	
	所 在 地						
	傷 病 名						
	傷病の程度	軽症 ・ 重症 ・ 死亡		治療見込	令和 年 月 日 から 約 日間程度		
	治療費の支払方法	健康保険 ・ 保険会社請求 ・ 自 費 ・ その他 ( )					
事故内容	事故発生日時	令和 年 月 日 ／ 午前 ・ 午後 時 分頃					
	事故発生場所						
	事故の概要						
	種 別	① 自動車 ・ ② バイク ・ ③ 自転車 ・ ④ その他 ( )					
	所 轄 署	警察署・派出所				未届(理由)	
質問事項	1. 飲酒運転をしていましたか？	いいえ ・ はい					
	2. 無免許運転でしたか？	いいえ ・ はい					
	3. 暴走行為(運転)をしていましたか？	いいえ ・ はい					

上記のとおり自損事故による傷病届を提出します。

エイベックス・グループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者
氏 名

エイベックス・グループ健康保険組合