

※本件で取得した個人情報については、健康保険法第57条の損害賠償請求権に基づいた自動車保険自賠責・任意保険等への請求のみに利用し、それ以外の機関への提供、開示は致しません。

ジェイテクト健康保険組合理事長 殿

受付番号： _____

受付印 _____

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

| 常務理事 | 事務長 | 係員 |
|------|-----|----|
| | | |

交通事故〔自損事故〕による健康保険使用申請書

<同乗時の事故の場合は、『相手がいる交通事故』の書式を提出>

- ① 通勤途上や業務上のケガ・病気(アルバイト・パート含)は、労災保険が適用されますので、健康保険は使用できません。
- ② 使用を認められた後に、事業所総務課またはHPにて「交通事故(自損事故)に関する書式」一式を入手のうえ提出ください。

令和 年 月 日 提出

| | | | | |
|---------------|-----|--|------------|----------|
| 保険証の 記号・番号 | — | | 被保険者 氏名 | ⑩ |
| 事業所 | 名称 | | 部署 | TEL (内線) |
| (ご自身の) 住所 | 〒 — | | | |
| 電話番号 | () | | | |

下記被害者が自損による交通事故によってこうむった負傷について、健康保険を使用いたしたく申請します。
健康保険の使用にあたりましては、貴健康保険組合のご指示を守ります。

| | | | | |
|-------|--------------|---|---|--------|
| 事故の日時 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 (曜日) |
| | 午前・午後 | 時 | 分 | |
| 事故の場所 | | | | |
| 事故の種別 | 交通事故・その他 () | | | |

※ (被害者が被保険者のときは、氏名・年齢・続柄のみを記入)

| | | | | | | |
|-----|--------------|-----|---|----|----|--|
| 被害者 | 住所 | 〒 — | | | | |
| | (フリガナ) 氏名 | 年齢 | 歳 | 続柄 | 職業 | |
| | 電話番号 | () | | | | |

※この届出内容、個人情報については、健康保険法施行規則第65条に基づき行われ、健康保険法第57条の損害賠償請求権に基づいた自動車保険自賠責・任意保険への請求のみに利用し、それ以外の機関への提供、開示は致しません。

交通事故〔自損事故〕による傷病届

<同乗時の事故の場合は、『相手がいる交通事故』の書式を提出>

ジェイテクト健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 被 害 者 | 被保険者証 の記号番号 | (記号) (番号) | 被保険者の 住所・氏名 | (住所)〒 (TEL) (氏名) ⑧ 歳 |
| | 事業所名・部署名 | | | |
| | 当日の勤務時間 (パート・アルバイト含) | 午前 時 分から 午後 時 分ごろ | 午前 時 分ごろ | ・事業所公休日 ・有休取得日 |
| | 傷病名 | | | |
| 被 害 日 時 | 被害者が被扶養者 であるとき | (氏名) | (生年月日) 昭・平 年 月 日 歳 令 | (続柄) |
| | 事故発生日時 | 平成 年 月 日 | 午前 時 分ごろ | 午後 時 分ごろ |
| | 事故発生場所 | | | |
| | 事故当時 | 出勤前・通勤途上(出勤中, 帰宅中)・勤務中・帰宅後・休日 | | |
| 診 療 を 受 け た 病 院 に つ い て | 家を出た時間 | 午前 時 分頃 | 会社(パート先)を 出た時間 | 午前 時 分頃 |
| | (名称) | 年 月 日から | | 現在治療中・ |
| | (所在地) | 年 月 日まで | | 転医・治癒 |
| | (TEL) | 年 月 日まで | | ・症状固定 |
| | (名称) | 年 月 日から | | 現在治療中・ |
| | (所在地) | 年 月 日まで | | 転医・治癒 |
| | (TEL) | 年 月 日まで | | ・症状固定 |
| | (名称) | 年 月 日から | | 現在治療中・ |
| | (所在地) | 年 月 日まで | | 転医・治癒 |
| | (TEL) | 年 月 日まで | | ・症状固定 |
| 診療費の 支払方法 | 全額を 自己負担 [10割支払] | 年 月 日から 年 月 日まで | 健康保険 を使用 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 治癒 見込 | 令和 年 月 頃まで | | <約 年 ヶ月間> | |
| 警察への 届出 | ・届出済 : _____ 署 (人身事故・物損事故 ※) <理由> | | | |
| | ↳ ※事故証明書が「物損事故」となっている場合の理由 ⇒ _____ | | | |
| ・未届 (届けていない理由を下記に記入ください) | | | | |
| _____ | | | | |
| 労災保険に該当しない 通勤途上の事故の場合 | 通勤途上の事故のときは通常の通勤経路、方法、事故当時の通勤経路、方法と事故現場をそれぞれ明示して下さい。 | | | |

| | |
|----------|--|
| 事故の状態 | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> その他() |
| 運転者の運転状態 | <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"/> いねむり <input type="checkbox"/> スリップ <input type="checkbox"/> 速度_____Kmオーバー <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 無免許 <input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 違法薬物 <input type="checkbox"/> その他() |

事 故 発 生 状 況 図

| | | | | |
|------|---|--|----------|--|
| 被害状況 | 何のために | | どこからどこまで | |
| | <div style="text-align: center;"> <p> <input type="checkbox"/> X 衝突地点 <input type="checkbox"/> 甲車両(自車) <input type="checkbox"/> 乙車両(相手車) <input type="checkbox"/> 進行方向 <input type="checkbox"/> 信号機 <input type="checkbox"/> 一時停止 <input type="checkbox"/> 人間 <input type="checkbox"/> 自転車・オートバイ </p> </div> | | | |

上記図の説明を書いてください <どこで・何をしている時に・どうして等>

状況の説明

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|----------|--------|---|-----|
| 人身傷害保険について | ①自分自身の治療費を支払ってくれる保険に加入していますか？ | | はい・いいえ | | |
| | ②その保険会社では治療費の3割を負担してくれますか？ | | はい・いいえ | | |
| | ①②のいずれかが『はい』の場合、下記を記入ください | | | | |
| | (保険会社名称) | | | | |
| | (所在地)〒 | | | | |
| | (担当者名) | | (TEL) | | |
| 契約番号 又は 証券番号 | | 契約 期間 | 年 | 月 | 日から |
| | | | 年 | 月 | 日まで |