

記入例

の請求のみ

できる限りすみやかに当申請書を提出して下さい

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

健保組合の捺印欄

注意事項を必ずお読みください

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。

提出する日付を記入してください

令和〇〇年 〇 月 〇 日 提出

保険証の 記号・番号	9999 - 123456	被保険者 氏名	健保太郎 健保印		
事業所 名称	〇〇〇〇〇(株)	部署	△△工場 〇〇部〇〇課〇〇係〇組 TEL (内線) 7-××-××××		
(ご自身の) 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号				
電話番号	012 (234) 5678				

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	31	年	4	月	10	日	(水曜日)
	午前・午後	6	時	30	分			
事故の場所	〇〇県〇〇市 〇〇駅前交差点							
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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ご自身またはご家族(ジェイテクト健保の被扶養者)で、今回治療を受けられる方						
	(フリガナ)氏名	ケンボ ヤスコ 健保康子	年齢	30歳	続柄	妻	職業	専業主婦
	電話番号	012 (234) 5678						

※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。

記入例

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

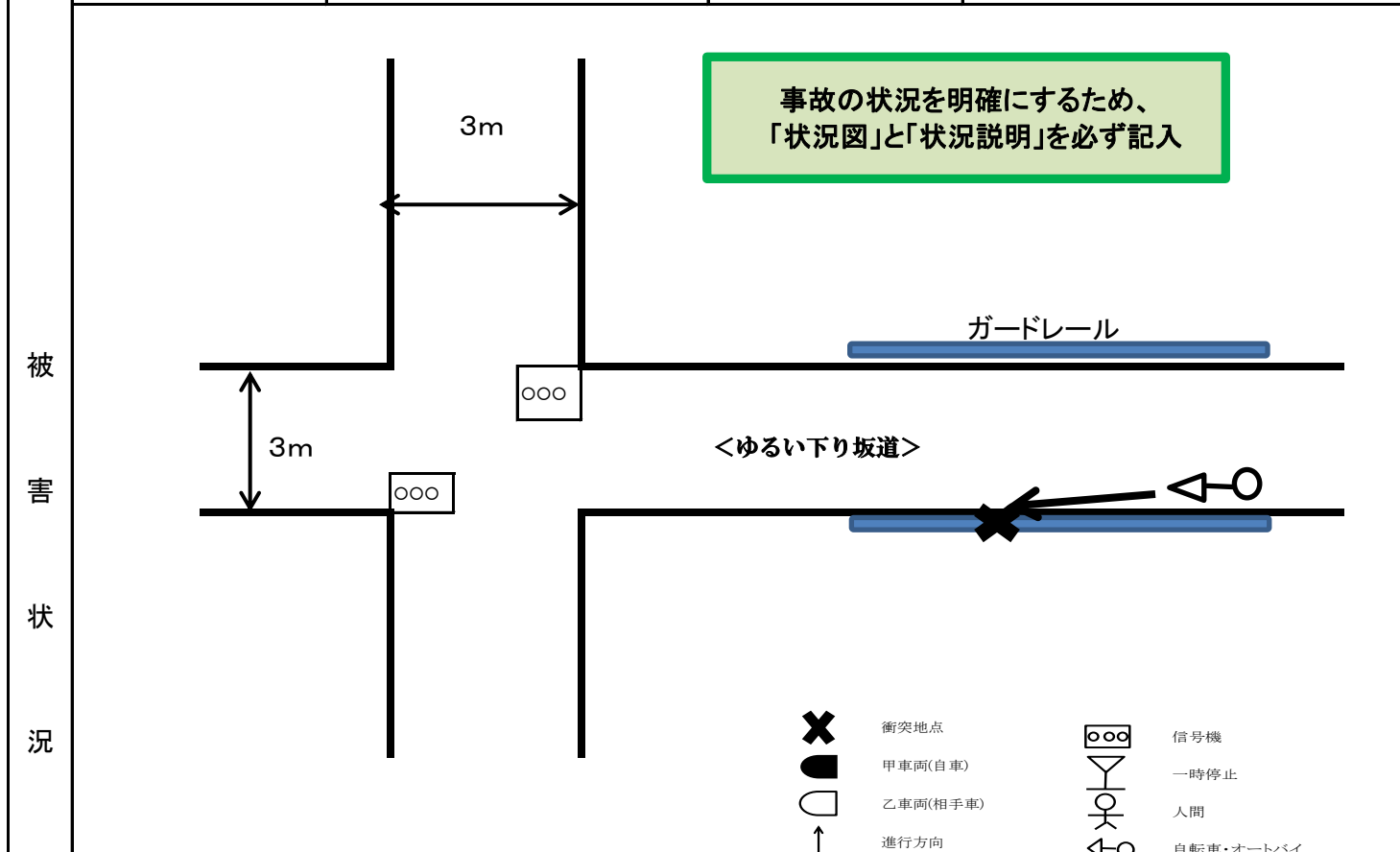
令和 ○年 ○月 ○日提出

被害者	被保険者証の記号番号	(記号) 9999 (番号) 123456	被保険者の住所・氏名	(住所)〒000-0000 00県00市00町00-0-0 (氏名) 健保太郎	(TEL) 012-234-5678	35 歳
	事業所名・部署名	00000(株) △△工場 00部00課00係0組				
	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 午後 時 分ごろ	・事業所公休日 ・有休取得日		
	傷病名	左大腿部挫創、左上腕部打撲 等				
被害日時	被害者が被扶養者であるとき	(氏名) 健保康子 30 歳	(生年月日) 昭平 00年 0月 0日	(続柄) 妻		
	事故発生日時	平成 31年 4月 10日 令和	午前 6時 30分ごろ 午後			
	事故発生場所	00県00市 00駅前交差点				
	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 5時 30分頃 午後	会社(パート先)を出た時間	午前 時 分頃 午後 時 分頃		
	(名称)	00総合病院	H31年 4月 10日から	現在治療中・		
	(所在地)	00県00市00町0番	年 月 日まで	転医・治癒		
	(TEL)	111(111)1111	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	H 31年 4月 10日から 年 月 日まで		
治癒見込	R 1年 6月頃まで <約 0年 2ヶ月間>					
警察への届出	・届出済: 000 署 (人身事故・物損事故※) ↳ ※事故証明書が「物損事故」となっている場合の理由 ⇒ <理由> ガードレールへの衝突による単独事故 ・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 checked="" 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 checked="" 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

何のために	スーパーでの買い物	どこからどこまで	スーパーから自宅へ帰る途中
-------	-----------	----------	---------------



状況の説明

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>

バイクに乗ってスーパーでの買い物から帰る途中、信号のある交差点で停止しようとした時に下りの坂道になっていたため、スリップしガードレールに衝突。

転倒した時に腕と足に打撲と擦り傷を負ってしまった。

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) ○○損害保険(株)

(所在地) 〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○○-○-○

(担当者名) ○○部 ○○○○ 氏 (TEL) 0000(000)0000

契約番号 又は 証券番号	***-*****	契約期間	H○○年○○月○○日から R○○年○○月○○日まで
--------------------	-----------	------	------------------------------