三菱電機健康保険組合　行

第三者行為・自損事故による傷病届　兼　同意書

（ → どちらかに○印をつける）

（本人・家族）　　提出日　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者等記号・番号	記　号		氏　名	㊞
		番　号		住　所	
	勤務先・所属	社名・事業所名	TEL（　　）　－		
事故該当者	被保険者（本人）の場合	氏　名			
		生年月日	昭・平・令　年　月　日	TEL	（　）　－
	被扶養者（家族）の場合	氏　名		続　柄	
		生年月日	昭・平・令　年　月　日	TEL	（　）　－
事故相手	事故相手	氏　名		生年月日	昭・平・令　年　月　日
		住　所			
	事故相手の勤務先（社用車の事故の場合のみ）	名　称			
		住　所	TEL（　）　－		
	加害者が不明の場合（その理由）				
事故内容	傷病名				
	事故発生日時	令和　年　月　日　午前・午後　時　分頃			
	事故発生場所				
	種別	被保険者又は被扶養者	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 ・ その他（　）		
		事故相手方	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 ・ その他（　）		
	労災確認	業務上、通勤途上（パート、アルバイト含む）の傷病ですか　□はい　□いいえ			
	損害の程度	傷害状況	全治　ヵ月	物損状況	
	所轄署	警察署　派出所		未届（理由）	
	過失の度合（○をつけて下さい）	自分がなんぶ →	0，1，2，3，4，5，6，7，8，9，10		
		相手がなんぶ →	0，1，2，3，4，5，6，7，8，9，10		
	休業補償（事故該当者が被保険者の場合のみ）	休業（治療）中の休業補償の方法（記号に○をつけてください） ア.自賠責へ請求 イ.任意保険へ請求 ウ.人身傷害保険へ請求 エ.健保へ傷病手当金の請求			

【医療照会に関する同意】

健康保険組合が事故受傷に係る治療費（健保負担分）の請求に際し、関係書類（診断書、診療報酬明細書等）の写しを損害保険会社に提出することを同意します。

【添付書類】 1.交通事故証明書（原本又は写しに損保担当者の原本確認印があるもの）　2.診断書（写し）

【注１】 通勤途上や業務上のケガや病気は、労災保険が適用され、健康保険は使えません。
【注２】 転医、退院、治療の終了、示談の場合はその都度報告してください。
【注３】 健康保険法第116条（犯罪又は故意による場合）及び第117条（闘争、泥酔又は著しい不行跡による場合）に該当する場合には給付が制限されます。

※　本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

健保受付日

事故発生状況報告書

当事者	甲（事故相手）	氏名				
	乙（被保険者又は被扶養者）	氏名				運転 ・ 同乗 ・ 歩行 ・ その他
天　候		晴・雲・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況		舗装 ［してある・してない］ 歩道（両・片） ［ある・ない］ 直線・カーブ				
		平坦・坂 見通し［良い・悪い］ 積雪路・凍結路				
信号又は標識		信号 ［ある・ない］ 駐停車禁止 ［されている・されていない］ その他標識				
速　度		甲車両 Km/h （制限速度 Km/h） 乙車両 Km/h （制限速度 Km/h）				

事故現場における状況を図示してください

事故発生状況略図（道路幅をｍで記入してください）

自　車
相手車
進行方向
信　号
一時停止
人　間
自転車
バイク
接触点

事故発生の状況

示談状況	示談は ［ 済んだ ・ 済んでいない ］

上記のとおり報告いたします。　　令和　　年　　月　　日

報告者（被保険者）
乙との関係（　　）　　㊞

※　本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

治　療　状　況　書

（※該当項目に〇又は記入してください）

この事故で医療機関を受診したか	受診した　・　受診していない
治療の現状	令和　年　月　日　現在 （　現在入院中　・　通院加療中　・　治癒　・　中止　・　症状固定　）
入院・通院治療期間	（入院）　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 （通院）　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日
後遺症	ある　・　ある見込　・　ない　・　ない見込　・　不明
治療見込	令和　年　月　日から　約　日（約　ヵ月）くらい

	上記治療を『健康保険』で受診の場合	上記治療を『自費診療』で受診の場合
医療機関名		
所在地		
ＴＥＬ	（　　）　－	（　　）　－
診療開始日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
医療機関名		
所在地		
ＴＥＬ	（　　）　－	（　　）　－
診療開始日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
医療機関名		
所在地		
ＴＥＬ	（　　）　－	（　　）　－
診療開始日	令和　年　月　日	令和　年　月　日

※転院、退院、治療終了されましたら健保レセプトセンターまでご一報ください。

※本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。