自損事故による傷病届

常務理事	事務長	担当者

年　　月　　日

被保険者	被保険者証記号・番号	記号 番号	氏名	㊞
	住所	〒　TEL		
	勤務先事業所	(職場名まで記入のこと)　TEL 内線		
被害者	被保険者以外であるときのみ記入	氏名		被保険者との続柄
		住所	〒	
自分の自動車保険加入状況 任意保険	加入の有無	ある・ない	保険証明書番号	
			自動車番号	
	状況	運転・同乗 歩行・その他	契約者氏名	
	契約保険会社	名称		
		所在地	〒　TEL	
請求	保険会社から賠償金を受領	しない・請求中・した	医療費自己負担分 その他	

事故現場に於ける自動車と被害者との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

上記図の説明を書いてください

（注意事項）該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

ローソン健康保険組合