

# 自損事故による傷病届（交通事故）

事故にあった方の  
氏名・生年月日

被保険者証の記号番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	被保険者の氏名	男・女 年 月 日生（ 歳）
事故の日時	平成 29 年 4 月 1 日 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 5 時 30 分頃		
事故の場所	※事故現場の場所となります。		
事故の原因	(該当するものを○で囲む) 脇見、いねむり、スピードの出し過ぎ（ km/h） 飲酒運転、酒気帯び運転、無免許、 <input checked="" type="radio"/> 路面スリップ その他（ ）		
同乗者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	同乗者の住所 ..... 同乗者の氏名 .....	同乗者がいる場合には、その方の住所・氏名を記入してください。
受傷の状況（どのようにして事故になったか具体的に記入してください。）	【例1】 事故現場付近をバイクで走行中、雨で濡れた路面でスリップし、転倒した。 ..... 【例2】 自動車を運転中、スピードを出し過ぎ、曲がりきれずにガードレールにぶつかった。 .....		
警察署への届出	<input checked="" type="radio"/> 有（届出警察： 〇〇警察署） <input type="radio"/> 無		
治療の状況	医療機関名	〇〇〇〇病院	期 平成29年 4月 1日から 間 平成29年 4月 5日まで

上記のとおり、届出します。

平成 年 月 日

事故にあわれた本人ではなく、世帯主の住所・氏名・電話番号を記入してください。

様  
 住所 一関市〇〇字△△□□番地  
 氏名 世帯主の氏名・押印 ⑧  
 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇  
 世帯主

受付支所名（本庁は「本」）	担当
本・花・大・千・東・室・川・藤	