

自損事故・負傷原因届

被保険者記号・番号							
被保険者氏名							
事故該当者氏名							
事故発生日	平成 年 月 日 時頃						
事故発生場所							
事故状況	【詳細をご記入ください】						
警察への届の有無	有 ・ 無						
受診した医療機関							
状況	入院 ・ 通院						
ケガの状況							
医療費負担 <small>いずれかに○してください</small>	<input type="checkbox"/> 医療費は保険会社が負担している <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;"><small>保険会社</small></td> <td></td> </tr> <tr> <td><small>保険会社担当者名</small></td> <td></td> </tr> <tr> <td><small>連絡先</small></td> <td></td> </tr> </table> <small>※保険会社へ確認連絡する場合があります</small> <input type="checkbox"/> 医療費は自己負担している <small>※医療費以外の保険金の授受につきましては対象外です</small>	<small>保険会社</small>		<small>保険会社担当者名</small>		<small>連絡先</small>	
<small>保険会社</small>							
<small>保険会社担当者名</small>							
<small>連絡先</small>							

上記の通り、申請いたします。

被保険者氏名

年 月 日

自署サイン

受 付 日 付 印