









# 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	<input type="checkbox"/> 医療費自己負担分 <input type="checkbox"/> 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。