**交通事故にともなう自損事故による負傷届**

**ライオン健康保険組合**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **常務理事** | **事務長** | **書　記** | **書　記** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者証の記号・番号** | | | |  | | **被保険者の氏名** | | |  | |
| **被保険者の住所** | | | **〒** | | | | | | | |
| **被保険者の勤務している事業所の** | | | **名　称** | |  | | | **電話** | | **（　　　　）** |
| **所在地** | |  | | | | | |
| **負傷が被扶養者のときは** | | | **氏　名** | |  | | | | | |
| **生年月日** | | **昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　歳）** | | | | | |
| **続　柄** | |  | | | | | |
| **負傷の状況** | **いつ** | | | | **令和　　　年　　　月　　　日　　　曜日　　午前・午後　　　時　　　分　頃** | | | | | |
| **どこで** | | | | **都・道・府・県　　　　　　区・市・郡　　　　　　　町　　　　　付近** | | | | | |
| **どのように** | | | |  | | | | | |
| **どこを** | | | |  | | | | | |
| **どうした** | | | |  | | | | | |
| **治療はうけましたか** | | | | **受けた　　・　　受けない** | | | | | |
| **受けた場合**  **には** | | **病院名** | | |  | | | | | |
| **住所** | | | **都・道・府・県　　　　　区・市・郡　　　　　　　町** | | | | | |
| **交通事故発生時に違法行為はありませんでしたか** | | | | | **無　・　有　（無免許　　酒酔　　その他〈　　　　　　　　　〉）** | | | | | |
| **警察の立会い** | | | | | **あり　・　なし** | | **届出警察署名** | | |  |

**（注）警察の立会いがあった場合は、本届出に交通事故証明書を添付してください。**

|  |
| --- |
| **受付印** |
|  |