自損事故による傷病届 （交通事故）

被保険者	被保険者証の記号番号	2ヒ	氏名	フリガナ 年　月　日生（　歳）	世帯主との続柄	
車種		□自家用普通自動車　□普通貨物自動車　□バイク　□その他（　）				
事故の発生日時		年　月　日（　）午前 午後　時　分頃 □勤務時間中（ﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ含む）　□通勤途中　□私用　□その他（　）				
事故の発生場所						
事故の原因 （該当するものすべて）		□わき見　□いねむり　□運転操作誤り　□飲酒運転　□酒気帯び運転 □無免許　□路面スリップ　□スピードの出し過ぎ（　km/h） □その他（　）				
警察署への届け出		□届け出済　□未届け				
同乗者		□有（氏名：　生年月日：　）　□無				
負傷時の状況						
受診した医療機関名 （接骨院などすべて）						
診療期間		年　月　日　～　年　月　日				
傷病の程度			治癒までの見込み	入院　日 通院　日 診療費総額　円		

上記のとおり届け出ます。

令和　年　月　日

日立市長　殿

世帯主　住所
氏名
電話

＊交通事故証明書があれば、写しを添付してください。