

自 損 事 故 届

平成 年 月 日

被保険者 記号 番号	—	被保険者名	㊞	社内電話
		事業所名		
被保険者住所	TEL ()			
事故当事者	被保険者 ・ 被扶養者			
被扶養者名		生年月日:	年 月 日生	続柄:
事 故 発 生 の 状 況				
事故発生年月日: 平成 年 月 日 () 時 分頃				
事故発生 場 所:				
傷病名 部 位:				
治療完了 見込 : 平成 年 月 頃 ・ 未 定				
事故の原因(詳細に):				
現在のけがの具合:				
事故現場の状況(見取図)				