受付日	令和　　年　　月　　日			
常務理事	事務長	主任	担当者	受付者

負傷原因の報告と健康保険診療許可願

※ 該当する項目に〇で囲んでください。

被保険者証記号番号	・	勤務部署			
被保険者氏名		連　絡　先			
負傷者氏名		続柄		年齢	歳
事故発生日時	年　　月　　日（　）　午前・午後　　時　　分				
事故発生場所					
事故状況	（事故発生状況を　図示してください。） × 衝突地点 進行方向 車 バイク 自転車 歩行者 **※事故以外の負傷の場合は、原因のみを下記に記入ください。**				
負傷原因	（何をしているとき・どのように・どうして）				
負傷時の状態	**負傷者の該当する項目があればすべて〇で囲んでください。** ・正常　・疲労　・泥酔　・麻薬、覚せい剤服用　・酒気帯び　・無免許運転 ・信号無視　・速度超過（　）ｋｍオーバー　・原付バイク２人乗り　・居眠り ・前方不注視　・その他の道路交通法違反（　）				
受診医療機関		傷　病　名			
診療開始日	年　月　日～　年　月　日（入院・外来）（治療中・治療終了）				
加害者	い る　・ い な い　・ 不 明 （相手がいる場合は住所・氏名・連絡先を記入ください。） 住所（〒　－　）　氏名 ＴＥＬ（　）　―				

上記の通り、事実に基づき負傷原因を報告するとともに、健康保険診療の許可をお願いします。
令和　　年　　月　　日

ＣＮＣグループ健康保険組合　理事長　殿

（〒　－　）
被保険者　住　所

氏　名　　㊞
ＴＥＬ（　）　―

（注）
- **交通事故**の場合は警察へ届出し、**事故証明書**(保険会社原本証明でも可)を必ず添付ください。
- **通勤途上や業務上**のケガや病気は、**労災保険が適用**され、健康保険は使えません。
- **治癒・治療中止・症状固定等**と診断された場合はＣＮＣグループ健保へご連絡ください。
- 事故理由により**給付制限を行う**場合がありますのでご了承ください。

13.05