

武田薬品健康保健組合理事長 殿
To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society

自 損 事 故 届
Notice of Accident Due to Own Negligence

年 月 日
Date (Y/M/D): / /

被保険者記号 番号 Health insurance card code/no.	—	被保険者名 Name of insured person	社内電話 Ext.	
		事業所名 Employer name		
被保険者住所 Address of insured person	TEL ()			
事故当事者 Person involved in accident	被保険者 ・ 被扶養者 Insured person/Dependent(s)			
被扶養者名 Dependent name		生年月日 : 年 月 日生 Date of birth (Y/M/D): / /	続柄/Relationship:	
事 故 発 生 の 状 況 /Circumstances of accident				
事故発生年月日 : 年 月 日 () 時 分頃 Date of accident (Y/M/D): / / (day), roughly : AM/PM				
事故発生場所 : Location of accident:				
傷病名 部位 : Name of and area of the body affected by sickness/injury:				
治療完了見込 : 年 月 頃 ・ 未 定 Projected date of completion of treatment: approx. (Y)/ (M)/TBD				
事故の原因 (詳細に) : Cause of accident (in detail):				
現在のけがの具合 : Current injury status:				
事故現場の状況 (見取図) Circumstances of scene of accident (detailed descriptions)				