武田薬品健康保健組合理事長　殿

自　損　事　故　届

令和　　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	(続柄　　)	生年月日：昭・平・令　　年　　月　　日生		

事　故　発　生　の　状　況
事故発生年月日：　平成/令和　　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/令和　　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）