

# 自 損 事 故 証 明 書

組合員に関する事	被 保 険 者 の 記 号 番 号 (枝 番)	90-											
	組 合 員 氏 名												
	職 種							事業主・1人親方・職人・見習					
	労 災 保 険 の 加 入	有・無	労災保険番号										
	事 業 所 名 (あ れ ば 記 入)												
傷病を受けた人に関する事	傷 病 時 に お け る 就 労 関 係 に つ い て	就労中・通勤途中・就労時間外・公休日・休業中・アルバイト中 その他( ) (就労中には作業の準備・後始末が含まれます。なお休憩時間は状況によっては就労中の扱いになりますので、傷病の発生した状況を詳しく報告してください。)											
	傷 病 を 受 け た 人	氏 名	性別 男・女	組合員 との 続 柄									
	傷 病 発 生 の 日 時 (い つ)	年	月	日	曜 日	前 午	時	分	ご ろ	後			
	傷 病 発 生 の 場 所 (ど こ で)												
	交 通 事 故 証 明 書 が 添 付 で き な い 理 由												
人 身 傷 害 補 償 保 険 ( 特 約 ) の 加 入	有・無	保 険 会 社 名			電 話 ( )								
		証 券 記 番 号			担 当 者 名								
上記理由により自損事故の事実と相違なく、届出します。													
年		月		日		住 所							
組 合 員						氏 名			(印)				
上記事故を目撃したことを証明(証言)いたします。													
年		月		日		住 所							
目 撃 者 (現 認 者)						氏 名			(印)				

※ 必ず交通事故証明書と運転免許を有していることを証明できる書類(たとえば運転免許証の写し(表面・裏面))を添付のこと。

