

健康保険 第三者の行為による傷病届

提出日 令和 年 月 日

常務理事	事務長		担当

被害者・加害者関係	被保険者証 記号		番号		被保険者の氏名	
	被保険者の住所	〒				
	被保険者が勤務している事業所名	内線				
	被扶養者がうけた事故である時	氏名		被保険者との続柄		
	加害者	氏名	TEL			
		住所	〒			
加害者の勤務先	名称	TEL				
	所在地	〒				
事故内容	発生年月日	令和 年 月 日	午前	時	分頃	午後
	発生の場所					
	傷病名					
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他()				
	事故結果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡(死亡 年 月 日) 治療				
	警察官の立会い	有・無・ないが届出済・わからない				
	所轄署	警察署		派出所		
	過失の度合い	本人の過失			相手側の過失	
0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.			0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.			
健康保険で治療を受けた医療機関	医療機関名	TEL				
	医療機関所在地					
	治療期間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 治療中・治癒				
	医療機関名	TEL				
	医療機関所在地					
	治療期間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 治療中・治癒				
	自己負担分の支払	自分が支払った・相手(保険会社)が支払った				

※ 交通事故の場合は**交通事故証明書**を提出して下さい