

健康保険 **第三者の行為による傷病届**

提出日 令和 1 年 8 月 1 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	00	番号	00000	被保険者の氏名	健保 太郎		
	被保険者の住所	〒357-0036 埼玉県飯能市南町×-××						
	被保険者が勤務している事業所名	新電元商事 総務部			内線××××			
	被扶養者がうけた事故である時	氏名	健保 一郎		被保険者との続柄	子		
	加害者	氏名	〇〇 ××			TEL 042-〇〇〇-××××		
		住所	〒×××-×××× 埼玉県〇×市△〇△〇					
加害者の勤務先	名称	〇〇□□電機			TEL 042-△△△-××××			
	所在地	〒×××-×××× 埼玉県〇×市△△△△						
事故内容	発生年月日	令和 1 年 6 月 15 日		午前	10 時 30 分頃			
	発生の場所	埼玉県飯能市××××の路上、△△交差点内						
	傷病名	胸部打撲・頸椎捻挫						
	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	飯能 警察署			派出所			
	過失の度合い	本人の過失			相手側の過失			
〇. 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	新電元総合病院			TEL 042-△△△-〇〇××			
	医療機関所在地	埼玉県飯能市南町△-××						
	治療期間	自 令和 1 年 6 月 15 日		～ 至 令和 1 年 7 月 20 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