

理事長	常務理事	事務長	担当者	健保受付年月日

健康保険 第三者の行為による傷病届

(被保険者または被扶養者に関すること)

平成 年 月 日提出

被保険者証の			被保険者の氏名		フリガナ	
記号	番号				印	
被保険者の住所及び電話番号		〒 _____ 電話番号 ()				
事業所名称			事業所所在地			
被扶養者が受けた事故であるときはその者の		氏名	生年月日	昭和・平成	年 月 日	被保険者との続柄

(相手方に関すること)

相手方の氏名		相手方の生年月日		昭和・平成	年 月 日	
相手方の住所及び電話番号		〒 _____ 電話番号 ()				
相手方の勤務先		相手方の勤務先住所		電話番号 ()		
相手方の氏名等が不明なとき		その理由			相手方に対して損害賠償請求権の有無	有・無
第三者から受けた損害賠償の内容金額及びその年月日 示談を行った場合はその状況 (示談書の写しを添付すること)						

(自動車事故の場合)・・・相手方の

自動車保有者の氏名または会社名		住所		電話番号 ()	
保険契約者の氏名または会社名		住所		電話番号 ()	
契約保険会社の名称 (自賠責)			保険証明書番号		
自動車の種別			車台番号		
登録番号 車輛番号			事故届出 警察署		

(事故及び負傷の内容)

事故発生年月日		平成 年 月 日	午前・午後 時 分頃	事故発生の場所	
警察官の立合		あった・ない・ないが届出済・不明		傷病	
診療を受けた医療機関の		名称		所在地	
初診年月日		平成 年 月 日	診療費の区別		健保・自費・その他 ()