

常務理事	事務長	係

## 健康保険 被保険者 被扶養者 第三者の行為による傷病届

被害者関係 (被保険者)	被保険者証	記号		被保険者		年齢	才				
		番号		氏名							
	被扶養者がうけた		氏名	続柄		年齢	才				
	事故であるとき										
被害者治療状況	治療開始年月日	平成	年	月	日	治癒見込み	平成	年	月	日	
	治療を受けた医療機関						治療期間	治療費区分			
	病院名		所在地								
	1			電話			自	年	月	日	健保・自費
	2			電話			至	年	月	日	加害者・自賠償
3			電話			自	年	月	日	健保・自費	
4			電話			至	年	月	日	加害者・自賠償	
事故発生 の場所					日 時	平成	年	月	日	午前 午後	時 分頃
警察署への 届出の有無	有・無	届出年月日 及び所轄署	平成	年	月	日	警察署 派出所				
負傷の原因を詳しく 記入して下さい	どんな用務で										
	-----										
	どうしているうち										
	-----										
なにが											
-----											
どうなった											
上記のとおりお届けします。											
住所 被保険者氏名 電話											
TOTO健康保険組合 御中 印											

※この届は被保険者又は被扶養者が第三者の行為によって負傷した場合に届け出るものです。  
 ※業務上又は通勤途上による場合は使用できません。  
 ※自動車事故の場合は、必ず「交通事故証明書」を添付して下さい。(写可)