

受付印

捺印		
常務理事	事務長	係

## 健康保険 第三者行為による傷病届

被害者(届出者)					
被保険者証の 記号・番号			社員番号		
被保険者	氏名	Ⓜ		会社名	
	生年月日	年	月	日生	所属名
負傷した方	氏名			続柄	被保険者電話番号
	生年月日	年	月	日生	

事故の内容				
発生場所				
発生日時	年	月	日	午前 午後
				頃
				警察署届出の有無
				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

加害者(事故相手)					
氏名			電話番号(連絡先)		
住所					
加害者情報が不明な場合、 その理由					
加害者の賠償 保険加入状況	自賠責 保険	会社名		契約者名	
		所在地 連絡先	〒		
		契約期間	～	TEL:	担当者:
任意 保険	任意 保険	会社名		契約者名	
		所在地 連絡先	〒		
		契約期間	～	TEL:	担当者:
			自賠責番号		
			契約番号		

治療状況				
医療機関名	①			②
支払方法	<input type="checkbox"/> 保険証使用 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 加害者負担		治療期間	～

示談状況				
<input type="checkbox"/> 示談していない	<input type="checkbox"/> 示談成立	年	月	日
<input type="checkbox"/> 請求権放棄	年	月	日	