

常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者 交通事故による傷病届 被扶養者

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	加害者・自賠償
	至	年	月	日							
2		電話			自	年	月	日	健保・自費	加害者・自賠償	
至	年	月	日								
3		電話			自	年	月	日	健保・自費	加害者・自賠償	
至	年	月	日								
4		電話			自	年	月	日	健保・自費	加害者・自賠償	
至	年	月	日								
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 印											
TOTO 健康保険組合 御中											

※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)