

健康保険 第三者の行為による傷病届

(1-1)

被害者・加害者関係	被保険者等 記号と番号	記号	被保険者名	⑥		
		番号	現住所	〒 TEL ()		
	被保険者が勤務 している事業所 (勤務先)	名称				
		所在地	〒 TEL ()			
	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏名		被保険者 との続柄		
	加害者 (事故の相手方)	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
		現住所	〒 TEL ()			
	加害者の勤務先	名称				
	所在地	〒 TEL ()				
加害者が不明の場合	その理由					
事故内容	傷病名			発生日 年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・その他 ()				
	警察への届出有無	有： 人身事故・物件事故 [警察署] 無：(理由)				
	過失の度合 (不明の場合未記入)	自 分		相 手		
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			

この届に添えて 提出する書類	<ul style="list-style-type: none"> ① 交通事故証明書 (人身/物件 事故証明書原本) ② 診断書の写し (手元にある場合のみで可) ③ 死亡の場合は戸籍謄本 および死亡診断書 ④ 示談をしているときは 示談書の写し
-----------------------	---

受付日付印

※ 個人情報の取扱いに関して
この届出書により知り得た個人情報は、健康保険の事務処理に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。