

下記の関係書類を添えて提出します。

受付NO.

<関係書類>

1. 事故発生状況報告書
2. 自動車事故証明書(自動車事故のとき)
3. 同意書
4. 人身事故証明書入手不能理由書(物損事故で届けたとき)

常務理事	事務長	健保担当

健康保険 第三者の行為による傷病届

①	被保険者等の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名	*自署の場合は押印不要 (印)
	連絡のとれる電話番号 () -		メールアドレス		社内便 ロケ: 部門名:

②	被害者 (事故に遭った人)	氏名	男 女	生年 月日	続柄
		住所 〒			
③	加害者 (第三者)	氏名	男 女	生年 月日	職業
		住所 〒			
加害者の住所・氏名がわからないとき、その理由					

④	事故 内 容	傷病名	発生日		年 月 日 午前・午後 時 分頃	
		発生場所				
		種 類 自動車事故 ・ バイク事故 ・ 自転車事故 ・ 殴打/刺傷 ・ その他 ()				
		事故結果	重症(入院) ・ 軽症	過失の度合い	自分 割 / 相手 割	
		警察への 届出	あり ・ なし(届出なしの理由:)			
		所 轄 署	警察署		派出所	

⑤	加害者の自動車保険	保険の種類	自賠責保険		任意保険	
		契約内容	保険会社名		保険会社名	
		保険会社	担当者	電話番号	担当者	電話番号
			証券番号			
		保険契約者名				
		保険契約期間		～ 年 月 日	～ 年 月 日	

⑥	被害者の保険会社関与	有 / 無	「有」の場合、保険会社名・担当者・電話番号
---	------------	-------	-----------------------

⑦	治療 状 況	医療機関	名称	
			所在地	
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()		
		治療期間	入院 通院	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日

注: ・ 労災などの傷病で健康保険を使った場合は、①、②、⑦項のみ記載してください。
 ・ 治療状況の医療機関が複数になる場合は、任意の用紙に記載して提出してください。