

(健保記入欄)

受付年月日	R	年	月	日
	常務理事	事務長	担当者	

第三者の行為による傷病届

被保険者	記号・番号	記号	11	番号	99999	氏名	健保 太郎
	現住所	〒000-0000 大阪市西区〇〇 1-1 △△マンション801					
	事業所・部署名 連絡先	本社 〇〇〇部〇〇〇グループ メールアドレス: 〇〇〇@〇〇〇.co.jp Tel: 06-XXXX-XXXX					
負傷者	事故該当者 (本人・家族)	氏名	健保 太郎			生年月日	(S)H・R 51年 10月 24日
		続柄	本人		職業	会社員	
治療状況	病院名称	〇〇〇中央病院 Tel: 06-XXXX-XXXX					
	所在地	大阪市〇〇区△△ 1-1-1					
	傷病名	頭部打撲 頸椎挫傷 左腕骨折					
	傷病の程度	軽症・重症・死亡		治療見込	(H)R XX年 XX月 XX日 から約 XX日間ぐらい		
	治療費の支払方法	(健康保険)・相手方負担・自費・その他()					
事故相手	事故相手	氏名	〇〇 健二			生年月日	(S)H・R 62年 5月 5日
		住所	〒000-0000 大阪市西区〇〇 64-5 Tel: 06-XXXX-XXXX				
	事故相手の勤務先	名称	〇〇〇株式会社 Tel: 06-XXXX-XXXX				
		住所	〒000-0000 大阪市北区〇〇〇 2-1-1				
住所氏名が不明の場合(その理由)							
事故内容	事故発生日時	(H)R XX年 XX月 XX日 午前・午後 2 時 00 分頃					
	事故発生の場所	大阪市中央区〇〇〇3丁目					
	事故の概要	交差点での衝突事故					
	種別	①人対車 ②車対車 ③バイク対車 ④自転車対車 ⑤人対バイク ⑥バイク対バイク ⑦自転車対バイク ⑧人対自転車 ⑨自転車対自転車 ⑩車同乗 ⑪その他()					
	所轄署	〇〇〇		警察署・派出所	未届(理由)		
	過失の度合 (わかる範囲で)	自分が何割 → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 相手が何割 → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
	示談状況	(H)R WW年 4月 1日現在			成立・交渉中・請求権を放棄した		

石原産業健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、第三者の行為による傷病届を提出します。

20XX 年 4 月 1 日 被保険者氏名 健保 太郎

健保

印