

(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(交通事故を除く)

被保険者	記号・番号	記号		番号		氏名	
	現住所	〒					
	事業所・部署名						
	連絡先	メールアドレス:				TEL:	
負傷者	事故該当者	氏名				生年月日	S・H・R 年 月 日
	(本人・家族)	続柄			職業		
治療状況	病院名称	TEL:					
	所在地						
	傷病名						
	傷病の程度	軽症・重症・死亡	治療見込	H・R	年 月 日	から約	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				生年月日	S・H・R 年 月 日
		住所	〒 TEL:				
	事故相手の勤務先	名称	TEL:				
		住所	〒				
	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 年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	事故発生場所						
	事故の概要						
	所轄署			警察署・派出所	未届(理由)		
	過失の度合	自分が何割 → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
	(わかる範囲で)	相手が何割 → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
	示談状況	H・R 年 月 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。

年 月 日 被保険者氏名

印