

処 理 伺	常務理事	グループ長	担当者

健康保険 第三者行為による傷病届

記 号 番 号				所 属			
被保険者氏名				勤務 () TEL			
住 所				自宅 TEL			
被 害 者 負 傷 状 況 調 査 (注)	誰	が	() 才 続柄 ()				
	い	つ	年 月 日 () 時 分頃				
	ど	こ	で				
	ど ン ナ 用 務 で						
	事 故 の 状 況						
	負傷名						
医療機関			入院・通院	通院終了日 / 年 月 日			
			入院・通院	通院終了日 / 年 月 日			
加 害 者	氏	名	() 才 職業 ()				
	住	所	自宅 TEL				
	勤	務 先	会社 TEL				
上記の通りお届けします。 年 月 日 被保険者氏名 _____							

(注) 過失割合に関係なく、被害者欄には事故にあった被保険者又は被扶養者名を記載ください。

【この届に添えて提出する書類】

- ① 念書・同意書
- ② 誓約書
- ③ 事故発生状況報告書