鉛筆や文字が消えるボールペン（フリクションペン）を使用した届出申請は受付できません。

過失割合に関係なく
被害者⇒自分・受診者
加害者⇒相手・第三者

常務理事	グループ長	担当者
理 伺		

健康保険 第三者行為による傷病届

記号番号	1 2 3 4	5 6 7 8	所 属	〇〇株式会社△△事業部	
被保険者氏名	健保 太郎		勤務 (常昼)	TEL×××-××××	
住 所	◇◇県〇△市◇町×-×-×		自宅	TEL×××-××××-××××	
被 害 者 負 傷 状 況 調 査 (注)	誰 が	健保 太郎 (52) 才 続柄 (本人)			
	いつ	平成 ×× 年 ×× 月 × 日 (土) 13 時 30 分頃			
	どこで	◇◇県〇△市△町××番地先□□交差点			
	どんな用務で	買い物へ行く途中			
	事故の状況	※被害者(受診者) 被害者(車)は国道を直進中、□□交差点で、一時停止しないで進行してきた加害者(車)と出合い頭衝突した。			
負傷名	頭部外傷 I 型 例) □□捻挫、〇〇骨折 等				
医療機関	〇△病院	入院・通院	終了日	平成××年 ××月××日	
	××整骨院	入院・通院	終了日	平成××年 ××月××日	
加 害 者 (※相手(第三者))	氏 名	保険 次郎 (36) 才 職業 (自営業)			
	住 所	◇◇県〇△市△町△-〇-× 自宅 TEL×××-△△△△-××××			
	勤 務 先	〇〇販売店 会社 TEL ××-××××-△△△△			
上記の通りお届けします。 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日 被保険者氏名 健保 太郎 (印)					

(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
- ④ 加害者の自動車保険加入状況
- ⑤ 交通事故証明書<人身事故表示> (原本) ※自動車安全運転センターにて入手ください。

健康保険を使用して通院した病院が複数ある場合は、全てご記入ください。書ききれない場合は、余白にご記入ください。

通院(または治療)が終了している場合や終了予定がある場合はお知らせください。未定の場合は空欄で結構です。