

健保決裁欄	常務理事	検	検	検	担当者

事業所	所属長	担当者

受付印

健康保険 第三者の行為による傷病届

被保険者	被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名	勤務先事業所名称			
				電話	-	-	
被害者	氏名	生年月日 年 月 日 歳			性別	続柄	
	住所	〒 _____			職業		
		電話 - -					
加害者	氏名	生年月日 年 月 日 歳			性別	(保有者との関係)	
	住所	〒 _____			職業		
	勤務先	所在地: 〒 _____ 名称: _____			電話	- -	
加害車両保有者名		(加害車両の車両番号)			(契約者との関係)		
保有者の住所	〒 _____			(加害者不明の場合、その理由)			
		電話 - -					
日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃 天候: 晴・曇・雨・雪・霧						
場所							
事故の発生状況	警察への届出	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日付届出) ・届出先			警察署・派出所 電話 - -		
	過失の割合	自分がなんぶ			相手がなんぶ		
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	区分	仕事中 通勤途上 私生活上 学校内 その他 ()					
	種別	自動車事故 バイク事故 自転車事故 殴打 刺傷 その他 ()					
その他	・シートベルト … (着用・未着用) ・ヘルメット … (着用・身着用) ・携帯電話 … (使用・未使用)						
示談	<input type="checkbox"/> 成立 (令和 年 月 日成立) 、 <input type="checkbox"/> 未成立 、 <input type="checkbox"/> 請求権放棄 理由()						

上記のとおり届出をいたします。

令和 年 月 日

サンヨー連合健康保険組合理事長 殿

被保険者	住所	〒 _____
	氏名	

裏面に続く

■受診の概要

医療機関	(名称)	(所在地) 〒				電話	-	-
主傷病名	・ ・	治療開始日	令和	年	月	日		
治療状況	令和 年 月 日現在 入院中・通院中・治癒・中止	後遺症	ある・ある見込み ない・ない見込み	治療見込	治療開始日より	約	ヶ月くらい	
治療期間	入院 自 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 通院 自 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
支払方法	健康保険	加害者負担	自費	その他 ()				
負傷の原因	■負傷を負ったときの状況について、何処で・何を・どうして・どうなったか等詳しくご記入ください。							

■加害者の自動車損害賠償保険契約等の内容その他

		強制自動車損害賠償責任保険	任意自動車損害賠償責任保険
保険会社名称			
契約者	住所	〒	〒
	氏名	電話 - -	電話 - -
契約期間		年 月 日 から 年 月 日	年 月 日 から 年 月 日
保険証明記号・番号			
車両車種			
登録番号			
車台番号			
損害賠償金 支払請求店	所在地	〒	〒
	名称		
	担当者	電話 - -	電話 - -
損害賠償請求		<input type="checkbox"/> した 請求者名： 請求先名称： 請求日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> していない	

注) 交通事故の場合、自動車安全運転センター発行の交通事故証明書を添付してください。