

| | | | | | |
|-------|------|---|---|---|-----|
| 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 | | |
| 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 | 〒 | | 電話 | - | - | (加害者不明の場合、その理由) |
| 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 | □無 □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 | □ 成立 (令和 年 月 日成立) 、□ 未成立 、□ 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。