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	健康保険 記号	健康保険 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	〒 電話　　－　　－			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	〒 電話　　－　　－			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・どうしていて・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	〒 電話　　－　　－	〒 電話　　－　　－
	氏名		
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		□した　請求者名：　　請求先名称：　　請求日　令和　　年　　月　　日 □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。