

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証	記号	氏名	印		
	記号と番号	第 号	現住所			
	被害者が勤務している事業所	名称				
		所在地				
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者の続柄		
	加害者	氏名		生年月日	大・昭和 平・令	年 月 日
		現住所				
	加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業		
所在地又は住所						
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名		発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ		
	発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・その他（ 自転車 死傷				
	事故結果	即死・入院直後の死亡（死亡 令和 年 月 日）・治療 入院中の死亡				
	警察官の立合	あった・ない・ないが届け出済・わからない				
	所轄署	警察署		派出所		
	過失の度合	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				

◎ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

この届けに添えて 提出する書類	自の動と車き事は故	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印