

受付印

捺印		
常務理事	事務長	係

保険証に記載されている情報を記入ください。

見本

健康保険 第三者行為による傷病届

被害者 (届出者)					
被保険者証の記号・番号		〇〇〇	〇〇〇〇〇	社員番号	△△〇〇〇〇〇
被保険者	氏名	東陶 太郎 (印)		会社名	△△(株)
	生年月日	△〇〇 年 〇〇月 〇〇 日生		所属名	〇〇〇 課 (G)
負傷した方	氏名	東陶 花子		続柄	被保険者電話番号
	生年月日	△〇〇 年 〇〇月 〇〇 日生		妻	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

事故の内容				
発生場所	北九州市小倉北区〇〇町〇丁目〇-〇〇			
発生日時	△〇〇 年 〇〇月 〇〇 日	午前 午後	2:15 頃	警察署届出の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

加害者 (事故相手)					
氏名	健保 一郎		電話番号 (連絡先)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
住所	北九州市八幡東区〇〇町〇丁目〇-〇〇				
加害者情報が不明な場合、その理由		加害者(事故相手)の情報をわかる範囲で記入ください。			
加害者の賠償保険加入状況	自賠責保険	会社名	〇〇保険株式会社	契約者名	健保 一郎
		所在地連絡先	〒 802-0000 北九州市八幡東区〇〇町〇丁目〇-〇〇 TEL: 000-000-0000	担当者	保険 二郎
		契約期間	△〇〇年〇〇月 ~ △〇〇年〇〇月	自賠責番号	△〇〇〇〇〇〇〇
	任意保険	会社名	事故証明を参考にわかる範囲で記入ください。もしくは、加入している自動車任意保険会社に記入をしてもらってください。		
		所在地連絡先			
		契約期間			

治療状況					
医療機関名	①	北九州〇〇病院		②	〇〇薬局
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証使用 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 加害者負担		治療期間	△〇〇年〇〇月 ~ △〇〇年〇〇月	

示談状況					
事故直後に示談を行った場合、保険証での治療はできません。					
<input checked="" type="checkbox"/> 示談していない	<input type="checkbox"/> 示談成立	年	月	日	
		<input type="checkbox"/> 請求権放棄	年	月	日