

常務理事	事務長	事務次長	担当者

健康保険

第三者の行為による傷病届

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号 第 号	氏 名 現住所	印		
	被保険者が勤務している事業所	名 称 所在地	TEL ( )			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏 名	被保険者との続柄			
	加 害 者	氏 名 現住所	生年月日	明大昭平 年 月 日		
	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	TEL ( 000 )			
	加害者の住所氏名が判らないとき	その理由				

○ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

事故内容	傷 病 名			発 生 年月日	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃
	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 殺傷			
	事 故 結 果	即死・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・治療 入院中の死亡			
	警 察 官 の 立 会	あった・ない・ないが届出済・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			

この届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および死亡診断書
		5 示談をしているときは示談書の写

受付日付印