健康保険第三者行為による傷病届

該当文字を○で囲み　必要事項を記入すること

被害者・加害者関係	被保険者等		氏名			
	記号・番号		現住所	TEL		
	被害者が勤務している事業所	名称				
		所在地				
	被扶養者が受けた事故のとき	氏名		被保険者との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	年　月　日	
		現住所	TEL			
	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			
事故内容	発生年月日	年　月　日　午前・午後　時　分頃				
	発生の場所					
	種別	自動車事故・バイク事故・殴打・自転車事故・刺傷・その他（　　）				
	事故結果	即死・入院直後の死亡（　年　月　日死亡）・入院中の死亡（　年　月　日死亡）・治療中・治癒				
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出済				
	所轄署	警察署　派出所				
	過失の度合	自分がなんぶ		相手方がなんぶ		
		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10		
診療を受けた	病院・診療所の名称					
	病院・診療所の所在地	TEL				
	傷病名		年　月　日診療開始 そのまま　入院・通院			
	治療期間	年　月　日から　年　月　日				
	治療費の支払方法	①最初から保険証でかかった　②(全部・一部)を加害者が支払った ③　月　日より保険診療に切替えた　④自費で支払っている				
第三者が加入する保険会社	自動車損害賠償責任保険	・加入している ・加入していない	契約期間	自　年　月　日 至　年　月　日		
		保険証明書番号		保険契約会社名		
		保険契約者氏名		自動車種別		
		保険契約者住所	TEL			
		車体番号		登録番号		
	任意保険	・加入している ・加入していない	契約期間	自　年　月　日 至　年　月　日		
		証券番号		保険契約会社名		
		保険契約者氏名				
		保険契約者住所	TEL			

事故発生の状況	加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動及び被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして、被害者と加害者の行為を赤点線をもって　それぞれ表示してください。

以上のとおりお届けします。

年　月　日

被保険者又は　住所

届出代理人　氏名　印

宝ｸﾞﾙｰﾌﾟ健康保険組合