

下記の関係書類を添えて提出します。

受付NO.

< 関係書類 >	
1. 事故発生状況報告書	
2. 自動車事故証明書(自動車事故のとき)	
3. 同意書	
4. 人身事故証明書入手不能理由書(物損事故で届けたとき)	

常務理事	事務長	健保担当

健康保険 **第三者の行為による傷病届**

健康保険証	記号	番号	被保険者氏名
電話番号 () -	内線		社内便 口ケ： 部門名：

被害者・ 加害者関係	被害者 (事故に遭った人)	氏名	男 女	生年 月日	続柄
		住所 〒			
	加害者 (第三者)	氏名	男 女	生年 月日	職業
		住所 〒			
		勤務先の名称			
	加害者の住所・氏名がわからないとき、その理由				

事故 内容	傷病名	発生日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発生場所			
	種類	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打/刺傷・その他()		
	事故結果	重症(入院)・軽症	過失の度合い	自分 割 / 相手 割
	警察への届出	あり・なし(届出なしの理由：)		
	所轄署	警察署	派出所	

加害者の 自動車 保険	保険の種類	自賠責保険	任意保険
	契約内容	保険会社名	保険会社名
	保険会社	担当者 電話番号	担当者 電話番号
	証券番号		
	保険契約者名		
	保険契約期間	~ 年 月 日	~ 年 月 日

被害者の保険会社関与	有 / 無	「有」の場合、保険会社名・担当者・電話番号
------------	-------	-----------------------

治 療 状 況	医療機関	名称
		所在地
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他()
	治療期間	入院 年 月 日 ~ 年 月 日 通院 年 月 日 ~ 年 月 日