

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	①
電話番号 ()	—	内線	社内便 ロケ:	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	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	自賠責保険	任意保険
	保険会社	保険会社名 担当者 電話番号	保険会社名 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