

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

健康保険 第三者行為による傷病届

提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)
被保険者証の 記号・番号	6 7 6 8	被保険者の 所属・氏名 (フリガナ) ○ ㊞

被害者 (受診者)	負傷者の氏名	生年月日	年 齡	被保険者との続柄
		昭和 平成 令和 年 月 日	歳	

相手がいる場合	加害者の氏名	住所及び連絡先
		電話 () -
	加害者の勤務先	勤務先の所在地
		電話 () -

事 故 内 容	発生の日時		
	発生の場所		
	事故の種別	自動車事故 ・ バイク 自転車 事故 ・ 殴 打 ・ その他 () 刺 傷	
	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
	おおまかな 過失の割合	自分の過失割合 (単位:割) 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	相手の過失割合 (単位:割) 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10

治 療 の 状 況	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた ・ うけていない	
	治療を受けたとき	医療機関	名 称	
			所在地	
			担当医師	
		治療開始日	令和 年 月 日 (入院・通院)	
	治療の期間	入院	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
		通院	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()		

上記の事故のため負傷したので、その治療にあたり健康保険診療を受けたくお届けします。

令和 年 月 日

安川電機健康保険組合 殿

被保険者証
記号・番号

						-						
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

被保険者名

㊞

事故状況報告書

事故の状況	(負傷の原因等詳しく記入してください。)
事故現場の略図	(交通事故のみ記入してください。)

相手方（加害者）車両の自動車保険加入状況

車の車種	車台番号	自動車登録番号 (車両番号)	
車の保有者	氏名	住所	
			電話 ()
保険契約者	契約者名	住所	
	自賠責		電話 ()
	任意		電話 ()

	自賠責保険	任意保険
保険会社名		
取扱店所在地		
連絡先	電話 () 担当者	電話 () 担当者
証明書番号		
保険契約期間	自 : 令和 年 月 日 至 : 令和 年 月 日	自 : 令和 年 月 日 至 : 令和 年 月 日