

健康保険 被保険者 第三者行為による傷病届

受付印

(健康保険法施行規則第65条)

1枚目

※印刷は、A4片面でお願いします。

健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。

勤務先携帯 個人携帯
勤務先電話 自宅電話

被 保 険 者	提出日	令和 年 月 日	
	被保険者証	記号(3桁)	番号(6桁)
	マイナンバーカード	個人番号(12桁)	
	(フリカナ)氏名	事業所名(会社名)	所 属
	現住所	電話() - ()	
当 方 (負傷者) (乙)	(フリカナ)氏名	性別	生 年 月 日
	現住所	電話() - ()	被保険者との続柄
相 手 三 者 方 (甲)	(フリカナ)氏名	性別	年 齢
	現住所	電話() - ()	
	勤 務 先	職 業	
	所在地	電話() - ()	
事 故 の 状 況	発生日時	令和 年 月 日 (曜日)	警察への事故届出
	発生場所	交通手段	
	交通違反等 著しい過失の有無	有の場合その内容↓(過失の割合 %)	被保険者証の使用状況
	治療の見込み	全治約 月 日	
相 手 方 の 保 健 の 付 保 状 況	加入状況	□ 未加入 □ 加入 (対人 □ 体物 □ 両方)	健康保険診療した理由
	任意保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日	保険証書番号
	加入保険会社	名 称	担当者
	所在地	電話() - ()	
	保険会社名	保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	取扱店所在地	電話() - ()	
	自賠償証明書番号	自動車の種別	府 県 名
	登録番号	車 体 番 号	
	契約者	氏名	保有者との関係
	住所	電話() - ()	
自 動 有 車 者	氏名	加害者との関係	
	住所	電話() - ()	

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

受 診 状 況	・医療機関を変えている場合は、その医療機関ごとに記入ください。 ・転帰および費用の欄は、該当する項目に☑を付与してください。 なお、費用の負担欄については医療機関で確認ください。									
	医療機関①	名称								
		所在地	(〒)		電話()		—			
		傷病名			診療期間 (予定)	自 令和 年 月 日	(日間)			
					上記のうち 入院期間	自 令和 年 月 日				
	①	転 帰	☐ 加療中 ☐ 治癒 ☐ 中止		費用の負担	☐ 健康保険 ☐ 自費診療 ☐ その他()				
	備考									
	医療機関②	名称								
		所在地	(〒)		電話()		—			
		傷病名			診療期間 (予定)	自 令和 年 月 日	(日間)			
					上記のうち 入院期間	自 令和 年 月 日				
	②	転 帰	☐ 加療中 ☐ 治癒 ☐ 中止		費用の負担	☐ 健康保険 ☐ 自費診療 ☐ その他()				
	備考									
	医療機関③	名称								
		所在地	(〒)		電話()		—			
		傷病名			診療期間 (予定)	自 令和 年 月 日	(日間)			
					上記のうち 入院期間	自 令和 年 月 日				
	③	転 帰	☐ 加療中 ☐ 治癒 ☐ 中止		費用の負担	☐ 健康保険 ☐ 自費診療 ☐ その他()				
備考										

損 害 賠 償 に つ い て	損害賠償 請求の有無	☐ 有 ☐ 無 → 理由()									
	この届出の 提出日現在 において 損害賠償を	☐ 受けた → (内容記入) ☐ 受けない	金額		治 療 費 (入院費含む)		休 業 補 償 費 (1日 円)		そ の 他		
			円		円		円				
			期間	自	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
				至	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
	受療日	年 月 日	年 月 日	年 月 日							
	示談状況	☐ 示談済 ☐ 示談未済 ☐ 交渉中 ☐ その他					示談成立年月日 令和 年 月 日				
備考											

交通事故以外の被害行為の場合は、事故発生状況を下記に具体的に記入ください。

《 添付する書類 》

- ①交通事故証明書(写) ②事故発生状況報告書 ③念書(被害者)、誓約書(加害者)
 ④加害者の付保する自賠責保険の証書(写)・任意保険の証書(写) ⑤示談解決した時は示談書(写)