

健康保険 第三者行為による傷病届

本人・家族

令和 年 月 日

被害者・加害者関係	被保険者証	記号		氏名			印	
	記号と番号	番号		現住所				
	被害者が勤務している事業所名	名称						
		所在地	電話					
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名				被保険者との続柄		
	加害者	氏名				生年月日		
		現住所						
	加害者の勤務先	名称または氏名				事業内容又は職業		
所在地		電話						
加害者の勤務先住所氏名が判らないとき	その理由							
事故内容	傷病名				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 自転車	事故	殴打 傷承	その他 ()		
	事故結果	即死	入院直後の死亡 入院中の死亡		(死亡 年 月 日)		治療	
	警察官の立合	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			
	過失の度合	自分がなんぶ			相手がなんぶ			
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10					

この届出に添えて提出する書類	自動車事故の場合は 1~5	1 自動車事故証明書
		2 事故発生状況報告書
		3 診断書
	その他の場合は 2~5	4 死亡の場合は戸籍謄本 および死亡診断書
		5 (示談をしているときは) 示談書の写

受付日付印