

健康保険 第三者の行為による傷病届

日本旅行健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

被害者・加害者関係	被保険者証	記号	氏名			
	記号と番号	番号	現住所			
			電話			
	勤務している事業所	名称	(電話)			
		所在地				
	被扶養者が受けた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
	相手方	氏名		生年月日	年	月 日
		現住所	(電話)			
	相手方の勤務先	名称又は氏名	(電話)			
		所在地又は住所				
相手方の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	平成 年 月 日	午前・午後 時 分頃	
	発生の状況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他()				
	発生の場所					
	種別	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	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
	過失の割合	自分が何割		相手が何割		
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,(%)		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,(%)				

事故発生時の状況	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>
----------	---

* 自動車事故のときは次の書類を、この届に添えて提出してください

- 1 自動車事故証明書
- 2 事故発生状況報告書
- 3 診断書
- 4 念書
- 5 誓約書
- 6 示談書(成立していない時は不要)
- 7 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書

(注) 自動車事故以外の事故のときは、上記3～7の書類を添付してください

受付日付印