

第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届

健康保健法施行規則第65条の規定により下記の通り届出ます。

令和 年 月 日 被保険者 住所 _____

氏 名 _____

被保険者証 の記号番号		被 保 険 者 の 勤 務 す る 会 社	所 在 地 会 社 名	(電 話) _____
----------------	--	--------------------------	--------------------	---------------

氏 名 No.		事 業 所		連 絡 先 電 話 番 号	
		所 属			

負傷者が被扶養者 のときはその者の 氏 名		生 年 月 日	大 昭 平 令	年 月 日	続 柄
-----------------------------	--	------------	------------	-------	--------

事故発生 年 月 日	令和 年 月 日 (曜) 午前・午後 時 分頃	事故発 生 場 所	_____ 県 _____ 市町村 _____ 番地 _____
---------------	------------------------------	--------------	-------------------------------------

事故発生 の 時 刻	どんな用件で (何をしているとき)		公 私 等 の 別	勤 務 中 通 勤 の 行 き ・ 帰 り 私 用
	どこからどこの途中 (どこの場所で)			

事 故 発 生 時 の 状 況		事 故 現 場 見 取 図 又 は 経 路	(被 害 者 と 加 害 者 の 行 動 を 赤 点 線 で 表 示 し て く だ さ い 。)
く わ し く			

加害者相手方の場合の	氏名			現住所	(電話)			
	職業(勤務先)			所在地	(電話)			
	自動車	自動車損害保険会社の	名称	火災海上海上火災		支店	証明書番号	第 号
			所在地			担当者連絡先	電話	
	保険期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
	保険契約者	住所	(電話)			氏名		
	保有者	住所	(電話)			氏名		
	運転者(加害者)	住所	(電話)			氏名		
	保険契約者と運転者との関係	本人・親族・従業員・友人・その他()						
	登録番号			車台番号				
任意保険加入について	有・無	名称	火災海上海上火災		支店	証明書番号	第 号	
		所在地			担当者			
治療の状況	医療機関の名称	住所		治療を受けた期間	治療費の種類	入院通院	今後の治療の見込	
				自 年 月 日 至 年 月 日	社保・国保 自賠・自費		約 日くら 月い	
				自 年 月 日 至 年 月 日	社保・国保 自賠・自費		約 日くら 月い	
				自 年 月 日 至 年 月 日	社保・国保 自賠・自費		約 日くら 月い	
				自 年 月 日 至 年 月 日	社保・国保 自賠・自費		約 日くら 月い	
				自 年 月 日 至 年 月 日	社保・国保 自賠・自費		約 日くら 月い	
相手方との示談状況	成立している	令和 年 月 日 成立 (示談書の写しを添付のこと。)						
	交渉中	(示談の進み具合、内容を記入のこと。)						
	成立しない	(成立しない理由を記入のこと。)						