

常務理事	事務長		係

第三者行為による傷病届

(健保組合からのお願い) 負傷が治癒されましたら第三者行為の担当にご連絡下さい。

本人・家族

被保険者	記号		氏名	
記号と番号	番号		現住所	
被保険者が勤務している事業所	名称			
	所在地	Tel - -		
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	大昭和令 年 月 日
	現住所	Tel - -		
加害者の勤務先	名称又は氏名		事業内容又は職業	
	所在地又は住所	Tel - -		
加害者の住所氏名が判らないとき	その理由			
傷病名		発生年月日	令和 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	
加害者に対して損害賠償請求権の有無	有・無	第三者側から受けた損害賠償の内容、金額及びその年月日、示談を行った場合はその状況(示談書の写を添付すること)		

受付日付印

この届に添えて提出する書類	自動車事故のときは	1. 自動車事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 診断書 4. 死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
		5. 念書 6. 誓約書 7. 示談をしているときは示談書の写

負傷の詳細 (何の用務で、何をしに行くと き、どうして負傷 したか)	○で囲んで下さい。 1. 通勤途中 2. 会社の用務で 3. 休日に 4. その他					
治療 を 受 け た と き	治療の有無	うけた ・ 受けない				
	治療機関	名称				
		所在地				
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ()				
	治療開始	令和 年 月 日 入院 通院				
	転 帰	(令和 年 月 日現在) 入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止				
	入院治療期間	入院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 通院 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日				
	後 遺 症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込				
	治療見込	令和 年 月 日から約 日 ぐらい				
自動車 事 故 の 場 合	加害自動車保有者の氏名又は会社名	住所	Tel - -			
	強制保険契約者の氏名又は会社名	住所	Tel - -			
	契約保険会社の名称	保険証明書番号				
	自動車の種別	車台番号				
	登録番号 車 輛 番 号	事故届出 警 察 署				
	加害運転者と保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()				
	加 害 自 動 車 任 意 保 険	あり	契約保険会社			保険の契約期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
なし		保険証明書番号				

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日

氏 名

被 保 険 者

住 所

トピー健康保険組合理事長 殿