本人（被保険者）の場合 → 被保険者 **被扶養者**

家族（被扶養者）の場合 →

第三者の行為による傷病届

被保険者氏名	**日新　太郎**	事業所の名称	**日新電機（株）**
従業員番号	**××××××**	所属名	**××× 部**
被扶養者が負傷したものであるときはその者の 氏名	**日新　花子**	被保険者との続柄	**妻**
生年月日	**元号××年××月××日**　生		
事故発生年月日	**元号××年××月××日** 午前・午後**××**時**××**分頃	事故発生の場所	**××県××市××区 ××町　××番地**
事故発生のとき どんな用件で（何をしている時）	**買い物から、自宅に帰るため 自転車で走行していた時**	公私等の別	勤務中
どこから・どこの途中（どの場所で）	**スーパーマーケットから、自宅までの途中**		通勤で（行き・帰り）
			私用
事故発生時の状況（詳しく）	**横断歩道（青信号）を通過中、右方向より、車が急速で左折してきた。 このため、接触し、転倒。**		
備考	**・裏面についても忘れずに記入下さい。** ・交通事故のときは、次の書類を提出して下さい。 ①念　書　②事故発生状況報告書 ③交通事故証明書（取得でき次第で結構です） ④示　談　書（成立していない場合は不要）		

日新電機健康保険組合理事長　殿

健康保険法施行規則第５２条の規定により上記の通り届け出ます。

元号××年××月××日

住　所**××市××区××町××番地**

被保険者

氏　名　**日新　太郎**　**印**

常務理事	事務長	係	受付年月日	決定事項
			年　月　日	

加害者（相手方）の	氏名	●● ●●		現住所	●●●●●●●● TEL（●●●）●●● -●●●●		
	職業（勤務先）	●●●●●		勤務先所在地	●●●●●●●● TEL（●●●）●●● -●●●●		
	自動車事故の場合の	自動車損害保険会社の	自賠責保険証明書番号	第●●●●●●●●			
			名称	火災海上 ●●●●海上火災●●●●●●●●支店			
		保険期間	元号●●年●●月●●日から●●元号●●年●●月●●日まで				
		保険契約者	住所	●●●●●●●● TEL（●●●）●●● -●●●●	氏名	●● ●●	
		保有者	住所	●●●●●●●● TEL（●●●）●●● -●●●●	氏名	●● ●●	
		運転者（加害者）	住所	●●●●●●●● TEL（●●●）●●● -●●●●	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	●● ●●	車名番号	●● ●●		
		任意保険加入の	（有）・無	証明書番号	第●● ●●号	保険会社名	●● ●●

治療の状況	医療機関の名称	住所	治療を受けた期間（入院・入院外）	治療費の種別	今後の見込み
	●● ●●	●● ●●●● ●●	自●●年●●月●●日 至●●年●●月●●日 （入院・（入院外））	（健保）、自費 自賠責	約●●日 ●●月位
			自　年　月　日 至　年　月　日 （入院・入院外）	健保、自費 自賠責	約　日 月位
			自　年　月　日 至　年　月　日 （入院・入院外）	健保、自費 自賠責	約　日 月位

相手方との示談状況	成立している	元号●●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）
	成立しない	（理由を記入）