

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

被保険者名	日新 太郎	事業所の名称	日新電機株式会社		
被保険者証の記号・番号	11-123456	職場名	調査課 係 (内線5678)		
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10月1日 生			
事故発生年月日	元号●●年10月 7日 午前・午後 10時30分頃		事故発生の場所	県 京都 市町村右京区 梅津高畝町 A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)
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10月17日

住所 京都市右京区梅津●△町C-1

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 へ 相手 方 の 場合 の	氏名	●● ●●	現住所	●●●●●●●● TEL (●●●●) ●●●● - ●●●●		
	職業 (勤務先)	●●●●●●	勤務先所在地	●●●●●●●● TEL (●●●●) ●●●● - ●●●●		
	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	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)				