

被保険者
被扶養者

第三者の行為による傷病届

被 保 険 者 氏 名		事 業 所 の 名 称		
被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	—	職 場 名	係 (内線)	
被 扶 養 者 が 負 傷 し た も の で あ る と き は そ の 者 の	氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄	
	生 年 月 日	年 月 日 生		
事 故 発 生 年 月 日	年 月 日 午前・午後 時 分頃	事 故 発 生 の 場 所	県 市町村 番地	
事 故 発 生 の と き	ど ん な 用 件 で (何をしている時)		公 私 等 の 別	勤 務 中
	ど こ か ら ・ ど こ の 途 中 (どの場所で)			通 勤 で (行き・帰り)
事 故 発 生 時 の 状 況 (詳しく)				
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。

年 月 日

住 所 _____
被 保 険 者
氏 名 _____ 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	自動車損害 保険会社の	自賠責保険 自賠責保険番号		第			
			名称		火災海上 海上火災 支店			
	保険期間		年 月 日から		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 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		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)					