

健康保険 第三者行為による傷病届
本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証 記号・番号	記号	氏 名			印
		番号	現住所			
	勤務している 事業所	名 称				
		所 在 地	TEL ()			
	被扶養者が受けた 事故であるとき	氏 名		被保険者 との続柄		
	相 手 方	氏 名		生年月日	明大昭 年 月 日	
		現 住 所	TEL ()			
	相手方の勤務先	名称又は氏名		事業内容 又は職業		
		所在地又は住所	TEL ()			
	相手方の住所氏名 が判らないとき	そ の 理 由				

☆ 該当文字を○で囲み、必要事項は記入して下さい。

事故内容	傷 病 名		発生年月日	平成 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・殴打・その他 () 自転車 刺 傷		
	事 故 結 果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・負傷 入院中の死亡		
	警察官の立会	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		
	過失の割合	自 分 が 何 割	相 手 が 何 割	
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		

この届に添えて 提出する書類	① 交通事故証明書 (自動車安全運転センターにて) ② 事故発生状況報告書 (別紙) ③ 念書 (別紙) ④ 加害者の自動車保険加入状況 (別紙) ⑤ 治療状況について (別紙) ⑥ 示談状況について (別紙) ※示談がある場合のみ
-------------------	---