

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
	相手方の勤務先	現住所	TEL ()			
		名称又は氏名			事業内容又は職業	
相手方の住所氏名が判らないとき	その理由					
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・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(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 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	相手が何割 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			

☆
該当文字を○で囲み、
必要事項は記入して下さい。

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	
---------------	--	--