

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被保険者証の記号番号		被保険者氏名		事業所の名称	
—					
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です)					
被 害 者 負 傷 状 況	氏 名		生年月日		被保険者との続柄
			年 月 日		
	住 所				
	い つ	年 月 日 ()		時 分頃	
	ど こ で				
	ど ん な 用 務 で				
	事 故 の 状 況				
	負 傷 名				
医 療 機 関			通院中・通院終了日 / 年 月 日		
			通院中・通院終了日 / 年 月 日		
加 害 者	氏 名			年 齢	職 業
				才	
	住 所	TEL			
	勤 務 先	TEL			
上記のとおり相違ありません 年 月 日 日本触媒健康保険組合理事長殿 被保険者住所 氏名 電話番号					

注1) 過失割合に関係なく、被害者欄には負傷した被保険者又は被扶養者名を、加害者欄には相手名を記入ください。

注2) 同意書、誓約書を添えて提出して下さい。