

見 本

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	
1010-123		健保 太郎		東京本社	
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	ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日	被保険者との続柄	
	住 所	東京都港区〇〇1-1			
	い つ	令和 元 年 5 月 1 日 (日) 20 時 30 分頃			
	ど こ で	東京都新宿区〇〇2-2			
	ど ん な 用 務 で	買い物をしていた			
	事 故 の 状 況	被害者は友人と買い物をしていたところ、加害者が後ろから走ってきて衝突。転倒して負傷した。			
	負 傷 名	右足首捻挫、頸椎捻挫			
医 療 機 関	〇〇病院		通院中・通院終了日 / 元年 5 月 2 日		
	△△整骨院		通院中 通院終了日 / 年 月 日		
加 害 者	氏 名	キョウカイ イチロウ 協会 一郎	年 齢	職 業	
	住 所	東京都世田谷区〇-〇-1	26 才	会社員	
	勤 務 先	東京都大田区〇〇-1-1	TEL 03-XXXX-XXXX		
上記のとおり相違ありません					
令和 元 年 XX 月 XX 日		被保険者住所		東京都港区〇〇-1-1	
日本触媒健康保険組合理事長殿		氏名		健保 太郎	
		電話番号		03-XXXX-XXXX	

加害者が不明な場合は、「不明」と記入して
事故の状況欄に説明を記入してください。
後日、相手が判明した場合は速やかに
健保組合にご連絡ください。

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。