

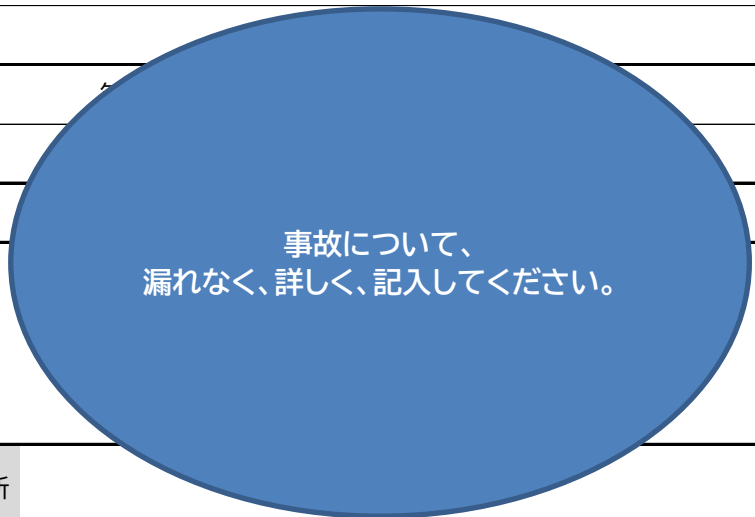
※ 支払給	同年月日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	記入例
	支払年月日	令和 年 月 日				
	支給額					
決議書	支給内訳	法定	資	得	喪	療
	付加		格	年 月 日	年 月 日	得 喪

### 第三者の行為による傷病届

◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 者	被保険者証の記号・番号(左詰め)										被保険者の(申請者)氏名		(フリガナ) ケンポ	(フリガナ) タロウ			
	4	3	2	1	5	6	7	8	9	0	0	(氏) 健保	(名) 太郎	※押印不要の為、次頁確認欄に☑が必要です。			
	事故に 遭われた 方の 氏名 ・続柄 ・生年月日		(フリガナ) ケンポ	(フリガナ) タロウ	生年月日		続柄		事業所の 名称		(会社名)		所在地		(会社の住所)		
			(氏) 健保	(名) 太郎	昭和	年	月	日	本人	担当者		(会社の健保事務担当者)		電話番号		(会社の連絡先)	
第 三 者	郵便番号										(フリガナ)		住所		相手について、 記入してください。		
	(フリガナ)										(フリガナ)		(氏)				
	勤務先		名称		郵便番号		(フリガナ)		所在地								
事 故 発 生 状 況	事故発生の日時・場所		日時		年 月 日 ( 曜日)		午前・午後		時 分 (ごろ)								
			場所														
事故発生の原因とその状況をわかりやすく記載してください。(被害者と第三者の行動や傷病発生の原因やその状況など)  なお、別紙による添付でも結構です。																事故について、 漏れなく、詳しく、記入してください。	
傷病名																	
診療を受けた医療機関の所在地と名称		名称		郵便番号		(フリガナ)		所在地									
この届けに添えて提出する書類																1. 事故当事者の運転免許証の写し 2. 自動車事故証明書 3. 診断書の写し 4. 示談をしているときは示談書の写し	

被 保 者	治療費を支払っている者の住所・氏名・電話		健康保険使用の場合(      年      月      日 より)			
	自由診療の場合(      年      月      日 より)					
事 故 処 理 状 況	警察署への届け出の有無		1.届出済(      )			
	相手との話し合いの状況(できるだけ詳しくお書きください)					
者 が 記 入 す る と こ ろ	自動車保有者の住所・氏名		〒      住所			
			氏名	電話番号		
第 三 者 の 自 動 車 保 険 ( 対 人 )	強 制 保 険 ( 自 賠 責 )	所在地	〒      住所			
		名 称				
		担 当 者	氏名	電話番号		
	任 意 保 険 ( 対 人 )	契 約 保 険 会 社	所在地	〒      住所		
			名 称			
			担 当 者	氏名	電話番号	
		契 約 保 険 会 社	保 険 契 約 者 の 住 所 ・ 氏 名	〒      住所	氏名	電話番号
	証 明 書 番 号		第      号			
	保 険 契 約 期 間		自      年      月      日 ~ 至      年      月      日			
	保 険 契 約 者 の 住 所 ・ 氏 名		〒      住所	氏名	電話番号	
契 約 保 険 会 社	契 約 保 険 会 社	所在地	〒      住所			
		名 称				
		担 当 者	氏名	電話番号		
	契 約 保 険 会 社	保 険 契 約 者 の 住 所 ・ 氏 名	〒      住所	氏名	電話番号	
証 明 書 番 号		第      号				
保 険 契 約 期 間		自      年      月      日 ~ 至      年      月      日				
保 険 契 約 者 の 住 所 ・ 氏 名		〒      住所	氏名	電話番号		
その他参考事項						
確 認 欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。					
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。					
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					



**【訂正方法】**  
 ●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者)

**【重要】**  
 必ず☑をお願いします。