

処 理 伺	常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 第三者行為による傷病届

記号番号			所 属	
被保険者氏名			TEL	
住 所	自宅 TEL			
被 害 者 負 傷 状 況 調 査  (注)	誰 が	( )才 続柄 ( )		
	いつ	令和 年 月 日 ( )	時	分頃
	どこで			
	どんな用務で			
	事故の状況			
	負 傷 名			
加 害 者	病 院 名		入院・通院 区 分	入 院 ・ 通 院
	氏 名	( )才 職業 ( )		
	住 所	自宅 TEL		
	勤 務 先	会社 TEL		
上記の通りお届けします。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)				

(注) 過失割合に関係なく、被害者欄には事故にあった被保険者又は被扶養者名を記載ください。

## 【この届に添えて提出する書類】

- ①念書
- ②誓約書
- ③事故発生状況報告書
- ④加害者の自動車保険加入状況
- ⑤交通事故証明<人身事故表示> (原本) ※自動車安全運転センターにて入手ください。