

第三者行為による傷病届(交通事故以外 ケンカ・咬創など)

										提出日		令和	年	月	日		
被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	被保険者等の 記号番号		記号		番号		被保険者氏名		ふりがな (印)								
	会社名					所属											
	連絡先		自宅TEL()					携帯TEL()					—				
	事件・事故に あった人		氏名		ふりがな			続柄		生年月日		年 月 日					
	発生日時		令和 年 月 日 () □午前 □午後 時 分 頃														
	発生場所		都・道・府・県														
	発生時		□通勤途中 □勤務中 □その他()														
	警察署への届出		□済 警察署 □未届														
	受診した 医療機関		名称					TEL		() —							
			住所					都・道・府・県									
	病院窓口での負担		□相手方(保険会社)負担 □本人負担 □その他(相手方保険支払い / 迄 健康保険使用 / から)														
	当方の任意保険		治療費を補償する保険を □使用した・する(保険名称:) □使用しない														
	事件・事故の相手 (複数の場合は裏面 空きスペースにご記入 下さい)		氏 名		年 齢		住 所					TEL					
							〒										
							〒										
	事件・事故の状況 具体的に詳細をご 記入ください		(どこで、なにをしているときに、どのように)														
相手方の 勤務地・監督義 務者・代理人等 (あてはまる欄にご 記入ください)		勤務先							TEL		() —						
		住所		〒													
		監督義務者・代理人氏名					相手方との関係										
		監督義務者・代理人住所															
相手方の 任意保険		保険契約者		氏 名		住 所					TEL						
						〒											
		保険会社		名称							担当者						
				住所		〒					TEL						
		証書番号															
示談状況		□済 □未		示談終了の場合はコピーを添付してください													

【注意事項】

黒崎播磨健康保険組合(602) 2024.12

・健康保険を使用する場合は(使用したときは直ちに)、健保組合に連絡してください。連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。

・傷病届一式とは別に、事故の事実を証明する書面を提出してください。

・記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

事故届

有り

無し

健 保 記 入 欄	制限条項		□第57条(第三者行為) □第116条(故意) □第117条(不行跡)																			
	給付制限		付加金					医療費					傷病手当金					その他				
	求償請求		□請求権なし □免除 □放棄 □不能 □その他()																			
	請求方法		□自賠責 □任意一括 □その他()																			
	決 裁	常務理事		事務長		担当		健保受付印														

黒崎播磨 健康保険組合