

第三者の行為による傷病届

被保険者等 記号番号	被保険者 氏名	住所 TEL - -
事業所名		
所在地		
甲	氏名	住所 TEL - -
	氏名	住所 TEL - -
乙	氏名	住所 TEL - -
	会社名	
	所在地	TEL - -
	事故が公務上のときは 責任者の氏名及び職名	

事故発生状況			
事故発生年月日	平成・令和 年 月 日() 午前・午後 時 分頃		
場所			
事故取扱警察署名		担当係員	
診療機関名		担当医名	
診療機関所在地			
交通 事 故 の 場 合		自動車損害賠償保険(乙)	任意保険(乙)
	保険会社名		
	保険契約者		
	契約者住所		
	証券番号		
	保険期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日

日本発条健康保険組合

自動車事故であって「事故発生状況報告書」をこの届に添えて提出するときは、この欄に記入する必要はありません。	
被害状況 (具体的に、詳細を記入のこと)	事故現場見取図を記入して下さい
示談成立の有無	有 (成立年月日 令和 年 月 日) 無 ※示談が成立しているときは、示談書の写しを添付のこと

上記の通り相違ありませんので、健康保険法施行規則第65条に基づきお届け致します

令和 年 月 日

届出人住所

氏 名 _____ (印)
届出人と甲との
続柄関係 _____

※この届書には以下の書類を添付してください

1. 事故証明書(写)
2. 事故発生状況報告書
3. 念書(甲、乙 両方)
4. 自動車自賠責保険証(写)(甲、乙 両方)
5. 自動車任意保険証(写)(甲、乙 両方)

<備 考>

- ・被保険者が死亡した時は、ご家族の方が代理に届出て下さい
- ・保険診療を中止または終了した時には、健康保険組合に必ず、連絡して下さい