

### 第三者の行為による傷病届

|               |                          |            |    |               |
|---------------|--------------------------|------------|----|---------------|
| 被保険者証<br>記号番号 |                          | 被保険者<br>氏名 |    | 住所<br>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<br>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<br>事故<br>の<br>場<br>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             | 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<br>(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<br>※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