

第三者行為による傷病届（その他）

東レ健康保険組合 御中

〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇）歳		
	事業所	〇〇〇〇〇株式会社		職場	〇〇〇〇〇〇〇〇 Tel. 000-0000-0000			
	住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町0-0 -						
	氏名	健保 太郎			Tel. 000-0000-0000			
事故当事者 （当方）	1. 被保険者本人		2. 家族		氏名（ 健保 花子 ） 続柄（ 妻 ） 生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日（ 〇〇 ）歳			
事故発生時 の状況	発生日時	〇〇年〇〇月〇〇日（ 〇 ）曜日 前後 〇〇時 〇〇分頃						
	発生場所 状況など 具体的に	交差点で左から右折してきた自転車と接触し、転倒して打撲した。						
負傷の状況	傷病名	右肩打撲						
	治療を受けた 医療機関	① 病院名	〇〇〇〇〇病院 （所在地：〇〇県〇〇市〇〇町0-0 ）					
		受診期間	〇〇月〇〇日から 〇〇月〇〇日まで		・入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院（ 〇 ）回			
		健康保険証の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・無		費用の支払い	・相手側 <input checked="" type="checkbox"/> あなた側		
	② 病院名	〇〇〇〇〇病院 （所在地：〇〇県〇〇市〇〇町0-0 ）						
	受診期間	〇〇月〇〇日から 〇〇月〇〇日まで		・入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院（ 〇 ）回				
健康保険証の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・無		費用の支払い	・相手側 <input checked="" type="checkbox"/> あなた側				
相手の状況	住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町0-0						
	氏名	相手 一郎			Tel. 000-0000-0000			
	職業	会社員		（勤務先：〇〇〇〇株式会社		Tel. 000-0000-0000 ）		
	過失の状況 〇をつけて下さい	<input checked="" type="checkbox"/> 相手が100%悪い <input type="checkbox"/> 当方にも過失がある（ ・少し ・半分くらい ・半分以上 ）						
保障の状況 〇をつけて 下さい	<input checked="" type="checkbox"/> 相手が100%保障 <input type="checkbox"/> 損害保険会社から保障 保険会社名（ _____ ） 電話番号 _____ <input type="checkbox"/> どこからも保障がない							
個人情報保護関連 （必ずご記入ください）	本件について、事業所に申請内容について問い合わせすることに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							

※提出いただく書類提出書類： 第三者行為による傷病届 念書

事故発生状況説明書

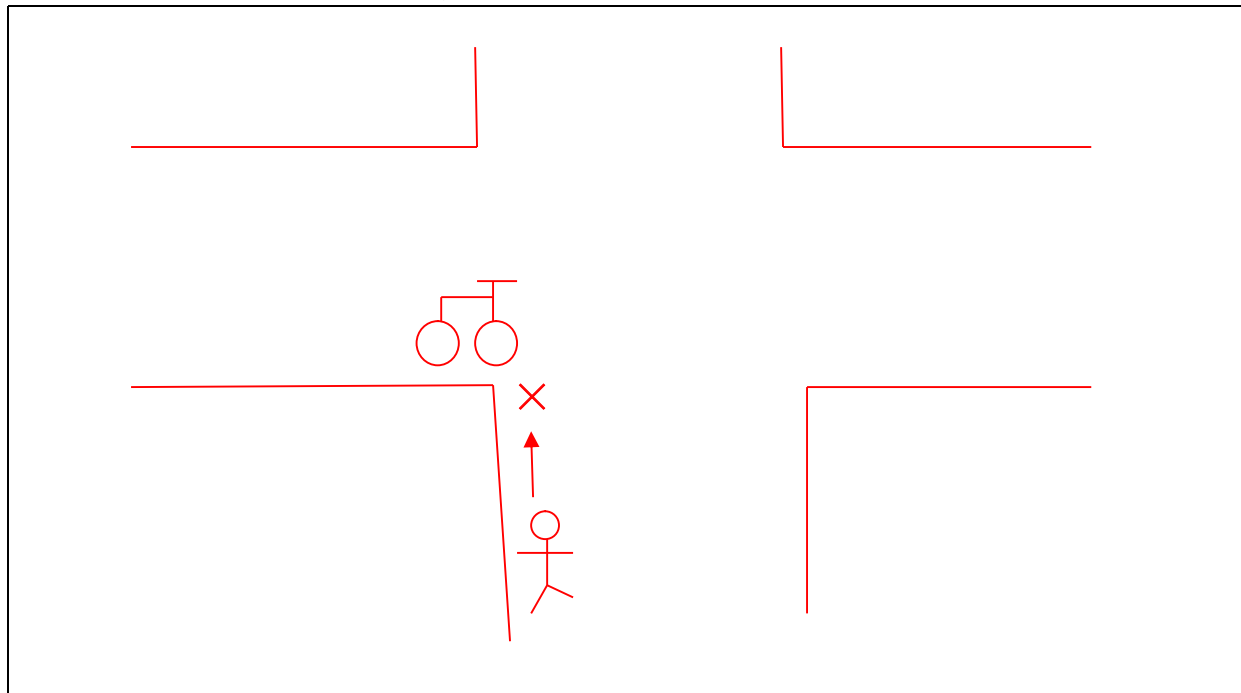
〇〇年 〇〇月 〇〇日の事故発生状況

被保険者氏名： 健保 太郎

健保

・事故の発生状況を図示して下さい。

進行方向、道幅、信号・停止線の位置等できるだけ分かりやすく書いて下さい。



・上記図の説明を書いて下さい。

交差点で左から右折してきた自転車と接触し、転倒して打撲した。