

健康保険 第三者の行為による傷病届

提出先：日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長 殿 (HZD-YY1)

会社名	日本アイ・ビー・エム株式会社			届出年月日	平成	年	月	日
						XX	XX	XX
健康保険証	記号	番号	被保険者氏名	健保 太郎		(印)		
	XXX	XXXXXXXX						
連絡先電話番号	03-1234-5678		社内電話番号	1804-1234		社内郵便番号	MK-123	

次のとおり関係書類を添えてお届けいたします。

被害者・加害者関係	被害者	氏名	健保 花子			男・女	生年月日	年	月	日	被保険者との続柄	妻	
		住所	東京都 XX区 XXXX 1-2-3										
	第三者 (加害者)	氏名	加害 太郎			男・女	生年月日	年	月	日	職業	会社員	
		住所	神奈川県 XX市 XXXX 3-2-1										
		勤務先	名称	XXXX産業(株)			代表者(担当者)	山本 太郎					
			所在地	神奈川県 XX市 XXXX 4321-5			電話番号:	XXX-XXX-XXXX					
		加害者の住所・氏名が分からないとき	その理由										
		第三者加入の自動車保険	種類	保険会社	取扱担当者	証券番号	保険期間						
			自賠責	XX損害保険(株) 神奈川支店	加藤 武	WP8835123	H19.05.20 H20.05.20						
		任意	△△損害保険(株) 品川支社	山田 隆夫	9450/xxxxx	H19.04.11 H20.04.11							
	傷病名	▽▽骨折			発生年月日	平成 20 年 01 月 19 日 午前・午後 10 時 15 分頃							
	*発生場所	神奈川県 ○○市 XXXX 4-3-1											
	種類	自動車事故・バイク・自転車・殴打/刺傷・その他()											
	事故結果	重症・軽症			過失の割合 自分に 0 割 / 相手方に 10 割								
	警察への届出	届出済・届出していない(理由:)											
	所轄署	神奈川県警 ○○ 警察署 △△ 派出所											
* 発生状況を「事故発生状況報告書」(次項)に具体的に記入してください。													
注意) 治療が終了(治癒または症状固定)した場合は健康保険組合へ連絡してください。													