

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		届出年月日	平成	年	月	日
健康保険証	記号	番 号	被保険者氏名			印
連絡先電話番号			社内電話番号			社内郵便番号

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	男・女	生年月日	年	月	日	被保険者との続柄					
		住所											
	第三者(加害者)	氏名	男・女	生年月日	年	月	日	職業					
		住所											
		勤務先	名称	代表者(担当者)		電話番号:							
			所在地										
		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	電話番号:										
		任意	電話番号:										
事故内容	傷病名				発生年月日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分	頃
	*発生の場所												
	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 割 / 相手方に 割								
	警察への届出	届出済・届出していない(理由:)											
	所轄署	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。													