

### 第三者行為による傷病届(単独事故の場合のみ)

(健康保険法施行規則第52条) ※扶養家族の方が同乗していた場合は通常の第三者行為傷病届(届出①~④と交通事故証明(人身)をご提出下さい。)

※この申請書は、手続きを円滑に行うため、事業主経由で提出頂くこととしています。

個人情報(本人・家族)の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健保組合へお申し出下さい。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱  
※ご記入は太枠欄を必ずボールペン又はペンでお願いします。

|  |   |                                       |                       |                            |    |   |   |
|--|---|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|----|---|---|
| ①被害者(本人・家族)                              | 健康保険証<br>記号・番号                              | 記号                                    | 被保険者<br>氏名            | 生年月日                       | 年  | 月 | 日 |
|  |   | 番号                                    | 現住所                   | 電話番号                       |    |   |   |
|  | 被保険者の勤務先                                    | 事業所名                                  | マルチ番号                 |                            | 8- | - |   |
|  |   | 所属名                                   |                       |                            |    |   |   |
|  | 事故の当事者が<br>被扶養者のとき                          | 被扶養者氏名                                | 被扶養者の生年月日<br>年 月 日(才) | 被保険者                       |    |   |   |
| 被扶養者が別居<br>しているとき                        | 被扶養者住所                                      | 電話番号                                  |                       |                            |    |   |   |
| 同乗者がいるとき                                 | 同乗者氏名                                       | 被保険者と<br>同乗者との関係                      |                       |                            |    |   |   |
| ②事故内容                                    | 発生日時  | 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃                 |                       |                            |    |   |   |
|  | 発生場所  |                                       |                       |                            |    |   |   |
|  | 事故発生の状況                                     | どこへ何をしに行く途<br>中等負傷の状況を具体<br>的に記入して下さい |                       |                            |    |   |   |
|  | 負傷の原因に○印を<br>付けて下さい                         |                                       |                       |                            |    |   |   |
|  | 私 用<br>業 務 上<br>通 勤 途 上<br>退 勤 途 上          |                                       |                       |                            |    |   |   |
|  | 傷病名   |                                       |                       |                            |    |   |   |
| 警察署への届出                                  | 届出済・未届・ひき逃げ(未届けの場合はその理由)                    |                                       |                       |                            |    |   |   |
| ③受診した病院名・<br>期間・医療費の<br>支払い方法を<br>ご記入下さい | 医療機関名                                       |                                       | 入院<br>通院              | 年 月 日~ 年 月 日(自賠責・自費・健保)    |    |   |   |
|  | 医療機関所在地                                     |                                       |                       |                            |    |   |   |
|  | 医療機関名                                       |                                       | 入院<br>通院              | 年 月 日~ 年 月 日(自賠責・自費・健保)    |    |   |   |
|  | 医療機関所在地                                     |                                       |                       |                            |    |   |   |
| ④あなたは任意保険特約で<br>人身傷害保険に<br>加入していますか?     | 加入している・加入していない<br>※加入している場合は保険証書の北-を添付して下さい |                                       |                       | ⑤下欄に事故が発生した時の状況を略図で記入して下さい |    |   |   |
| ⑤事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい             | 事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)                    |                                       |                       |                            |    |   |   |


甲車 

甲車以外の車 


進行方向 

信号 

一時停止 

一方通行 

人間 

自転車 

オートバイ 

上記の通り、(自損事故・加害事故)による傷病を届けます。

事業主受付

健保受付

提出日 年 月 日

被保険者氏名 印