

記入例

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

健康 組合 使用 欄	受付日	年	月	日
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

- 被保険者
 被扶養者

下記のとおりお届けします。

第三者の行為による傷病届

		申請日	2024 年 4 月 1 日								
被保険者欄	保険証		フリガナ	ケンポ タロウ		電話番号	〇〇〇-△△△-××××				
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎		生年月日					
	1234	5678				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1 年 6 月 1 日				
保険給付を受けた者	フリガナ	ケンポ ハナコ		被扶養者の場合は続柄				電話番号	〇〇〇-△△△-××××		
	氏名	健保 花子		妻							
	住所	〒 〇〇〇-△△△ 愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△××××									
事故発生年月日		令和 6 年 3 月 29 日 金 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 19 時 00 分 ごろ									
事故発生場所		愛知県〇〇市 (事故発生場所の住所をご記入ください)									
何の用務中か		<input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 休暇 <input type="checkbox"/> 出勤前 <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 休み時間中 <input checked="" type="checkbox"/> 帰宅途中 <input type="checkbox"/> 帰宅後									
事故発生の 具体的状況		別紙のとおり	事故発生の責任	事故の <input checked="" type="checkbox"/> 相手方 <input type="checkbox"/> 当方 <input type="checkbox"/> わからない							
事故の種類		<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行中 <input checked="" type="checkbox"/> 殴 <input type="checkbox"/> 刺 <input type="checkbox"/> 傷 <input type="checkbox"/> その他 ()									
警察署届出の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇 警察署) <input type="checkbox"/> 無 (理由)									
に 関 す る 事 件	相手方	氏名	保険 次郎 (40 歳) 電話番号 △△△-××××-〇〇〇〇								
		住所	愛知県〇〇市〇〇町△△△番△△号								
	勤務先	名称	〇〇〇株式会社					電話番号	×××-〇〇〇-△△△△		
		所在地	愛知県〇〇〇市〇〇町〇〇番地								
診療を受けた 医療機関		名称	〇〇整形外科								
		所在地	愛知県〇〇市〇〇町								
傷病名		打撲等 (分かる範囲でご記入ください)			初診年月日	令和 6 年 3 月 30 日					
健保・自費別 診療機関		健保	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
		自費	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
病院の窓口での自己負担		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 相手方 (保険会社) 負担 <input type="checkbox"/> 人身傷害保険負担 <input type="checkbox"/> その他 ()									
備考		(相手方が不明のときは、その理由を記入してください)									

※経路 被保険者 → 健康保険組合

健康 組合 記入 欄	請求又は制限	57条 (第三者)	116条 (故意)	117条 (不行跡)	<input type="checkbox"/>	請求年月	令和	年	月	日
	給付制限	A (附加金)	B (A+医療費)	C (A+B+傷手)						
	請求しない	請求権なし. 免除. 放棄. 不能. その他 ()				入金月日	令和	年	月	日
	請求方法	自賠償. 任意一括. その他 ()								