

## 第三者行為による傷病届

健康保険の 記号番号		被保険者 氏名		被扶養者の場合その 者の氏名及び続柄	
事業所名			事業所 所在地	TEL	
事故発生 当時の 状況	事故発生日時	平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分			
	事故発生場所				
	事故発生の責任	本人 ・ 第三者 (相手方) ・ 両者 ・ 不明			
	行動の目的及び発生状況 (事故当時の状況がよくわかるように記入してください。)				
	現場略図				
第三者の 関係について	相手方 (運転者)	住所	TEL		
		氏名	男 女 歳	保有者との 関係	本人 従業員 親族 その他 ( )
		勤務先	名称	TEL	
		所在地			
保有者	住所	TEL			
	氏名		保険契約者 との関係	本人 譲受人 借受人 その他 ( )	
第三者の 自賠責等 保険関係について	保険会社	名称	TEL		
		所在地			
	自動車保険証明書番号				
	保険契約者	住所			
		氏名	TEL		
	自動車	種別			
		登録番号			
		車台番号			
	保険期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 午前12時			
	任意保険	有・無			
保険会社名称				証券番号	

## 受 診 状 況

医療機関	傷病名	診療期間	転帰	費用の負担
名称		自 年 月 日 至 年 月 日 予定	・入院加療中 ・通院加療中 ・中止 ・治癒	・健康保険負担 ・加害者負担 ・自費
所在地		上記中の入院期間		
		自 年 月 日 至 年 月 日		
名称		自 年 月 日 至 年 月 日 予定	・入院加療中 ・通院加療中 ・中止 ・治癒	・健康保険負担 ・加害者負担 ・自費
所在地		上記中の入院期間		
		自 年 月 日 至 年 月 日		

[注] ・医療機関を変えているときは、その医療機関ごとに記入して下さい。  
 ・転帰及び費用の負担の欄は該当する文字を○で囲んで下さい。

### 損害賠償について

損害賠償請求の有無 有・無（無の場合その理由）

この届出日現在において損害賠償を うけた（内容を下記に記入のこと） うけない

治療費（入院費を含む）	¥	（自 年 月 日	～ 至 年 月 日	受領）
休業補償費（1日¥	） ¥	（自 年 月 日	～ 至 年 月 日	受領）
その他	¥	（自 年 月 日	～ 至 年 月 日	受領）

損害賠償 示談済・示談未済・その他

示談解決をした場合は示談書の写しを添付し、不成立の場合はその理由を記入のこと

示談成立年月日 平成 年 月 日

事故管轄警察署名

事故担当警察官氏名

上記事実のとおり「念書」とともにお届けします。

平成 年 月 日

被保険者 住所  
氏名

印

京セラ健康保険組合 殿

自動車等の運転中の事故であれば、運転免許証の写し及び警察の証明する事故証明書の写しを添付すること。  
 示談済の場合は示談書の写しを必ず添付すること。