

	常務理事			担当者

第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届

マルハニチロ健康保険組合理事長 殿

健康保険法施行規則第52条により届け出ます。

令和 年 月 日

被害者・加害者関係	被保険者証の 記号・番号		被保険者の 氏 名				(印)
	被保険者の現住所						
	事業所名称						
	被扶養者の受けた 事故であるとき	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	加 害 者 の	氏 名		生年月日			
		現住所					
		勤務先					
加害者不詳のときは		(その理由)					
事 故 の 内 容	傷 病 名		発生年月日	令和	年 月 日		
	発生の場所		時 間	AM・PM	時 分頃		
	事故発生時の 状況（詳しく）	どんな用件で（何をしているとき）					
		どこから・どこの中で					
公 ・ 私 等の	1. 勤 務 中 2. 通勤途中（行き・帰り） 3. 私 用						

(注) (イ) 自動車事故のときは、次の書類を提出いただきますが、事前に当組合の担当者に確認ください。

1. 交通事故証明書 2. 診断書 3. 事故発生状況報告書 4. 念 書
5. 示談書 (示談をする場合は、必ず事前に健保組合に連絡すること)

(ロ) 傷病届に関し、ご不明な点がございましたら当組合 (TEL. 03-6833-4154) 迄ご一報ください。

加害者の入 自動車の 状況 保険	任意 保険	証明書番号		契約者氏名		
		保険契約期間	自平成・令和 年 月 日 至令和 年 月 日			
		契 約 保 險 会 社	名 称			
			担 当 者			
			所 在 地			
	TEL.					
	自 賠 責 保 險	証明書番号		契約者氏名		
		保険契約期間	自平成・令和 年 月 日 至令和 年 月 日			
		契 約 保 險 会 社	名 称			
			担 当 者			
所 在 地						
TEL.						
自動車の種別・番号						
相 手 方 の 状 況	(1) 成立している	令和 年 月 日成立 (示談書の写しを添付のこと)				
	(2) 交渉中	(進み具合、内容を記入のこと)				
	(3) 成立しない	(成立しない理由を記入のこと)				
(注) 示談をする場合は必ず事前に健保組合に連絡をとり、組合了解のもとに行うこと。						
事 故 現 場 入 見 取 図 ・ 経 路 ▽	(被害者と加害者の行動を赤点線で示してください)					