

## 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		
事業所名			事業所 所在地			
事故発生 当時の 状況	事故発生日時	令和 年 月 日 ( 曜日)		午前 午後	時 分	
	事故の場所					
	事故発生の責任	本人・第三者(相手方)・両者・わからない				
	行動の目的および発生状況(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		
				+		
第の 三関 者係 (に 相つ 手い 方)	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	所在地	Tel: _____	
	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( )		
第保 三險 者関 (係 相に 手つ 方い )て の 自 賠 責 等	保険会社名称・所在地					
	自動車保険証明書番号					
	保 險 契 約 者	住 所	Tel: _____			
		氏 名				
	自 動 車	種 別				
		登録番号				
		車台番号				
	保 險 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 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				
医療機関の 名称 所在地	傷病名	診 療 期 間	転 帰	費用の負担
名称 Tel :		自 年 月 日 至 年 月 日 日間	・入院加療中 ・通院加療中 ・中止 ・治癒 ・	・健康保険 ・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 Tel :		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 ・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		
[註]・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ください。 ・転帰および費用の負担の欄は該当する文字を○で囲んでください。				
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 )			
この届提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) ・ うけてない				
治療費 (入院費を含む)	¥ _____	(自 . . . ~ 至 . . . )	年 月 日	受領
休業補償費 (1日¥ )	¥ _____	(自 . . . ~ 至 . . . )	年 月 日	受領
その他	¥ _____	(自 . . . ~ 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		
上記事実のとおりお届けします。  令和 年 月 日  住 所 被保険者 氏 名  Tel :  京都府農協健康保険組合理事長 殿				

注 (1)示談済の場合は示談書(写)を、必ず添付すること。

(2)自動車等の事故であれば運転免許証(写)および交通事故証明書を添付のこと。