

記入例

第三者行為による傷害事故届

住友ベークライト健康保険組合理事長殿

届出年月日 令和××年××月××日

被保険者	記号	×	事業所・	住友ベークライト(株) 等、会社名・(所属)				
	番号	×××××	所属部課					
	住所	神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×						
	郵便番号	×××-××××	氏名	住べ 太郎		印		
被害者	電話番号	××-××××-××××						
	住所	神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×						
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成	××年	××月	××日生	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
加害者 および 加害者勤務先	続柄	妻		氏名	住べ 花子			
	自宅住所	(加害者の住所)						
	郵便番号	×××-××××	氏名	(加害者の氏名)				
	電話番号	××-××××-××××						
加害者勤務先	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成	××年	××月	××日生	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	会社住所	(加害者の勤務先住所)						
	郵便番号	×××-××××	会社名	(加害者の勤務先)				
	電話番号	××-××××-××××						
事故発生	日時	令和××年××月××日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 ××時××分頃						
	場所	東京都港区新橋×-×-×						
	取扱警察	港警察 署		係官氏名	〇〇〇〇			
傷害の部位 ・程度	頭部打撲・むち打ち症							
事故の状況 (詳細に)	交差点で信号で停車していた所へ、加害者が後から突っ込んできた。							
受診している 医療機関	病院住所	港区新橋×-×-×						
	郵便番号	×××-××××	病院名	〇〇警察病院				
	電話番号	××-××××-××××						
	入院・通院	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	治療期間	× か月程度の見込み				
加害者の加入	自賠責	社名	〇〇損害保険		保険番号	××××××		
		住所	東京都新宿区×-×-×					
		郵便番号	×××-××××	担当者名	〇〇〇〇			
	任意	電話番号	××-××××-××××					
		社名	××海上火災		保険番号	×××××××		
		住所	東京都葛飾区〇〇×-×-×					
郵便番号	×××-××××	担当者名	〇〇〇〇					
電話番号	××-××××-××××							
病院への支払	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険使用 <input type="checkbox"/> 自動車保険使用 <input type="checkbox"/> 加害者の自費							
健保を使用した 場合の医療費の 戻入	<input checked="" type="checkbox"/> 加害者との話し合いが決まりましたら戻入します (<input checked="" type="checkbox"/> 一括戻入 <input type="checkbox"/> 月賦戻入) <input type="checkbox"/> 加害者が支払能力がありませんので戻入できません。 <input type="checkbox"/> その他()							

健保組合理事長

常務理事

事務長

担当者

事業所担当部

担当部課長

担当者

(注) 上記届書は事故が発生しましたら、速やかに健康保険組合に提出して下さい。示談の場合は示談書(写)を添付。

□の箇所はVを付けるか■に変えて下さい。

念書、事故状況報告書、警察発行の事故証明書、医師の発行する診断書を添付して下さい。

申告頂いた個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に管理し、組合が定める「情報の利用目的」以外には使用しません。 201907