

室長	主務	係員

受付印

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

- 被保険者
- 被扶養者

## 第三者の行為による傷病届

下記のとおりお届けします。

2019年 5月 10日提出

※経路  
被保険者 ↓ 健康保険組合

被保険者証	記号 1 - 番号 123456	被保険者氏名	健保太郎	印
事業所	名称	(株)デンソー 所属内線TEL 551 - 12345		
	所属	〒1130 ○○○○部 ○○○○室・工場 ○○○○課 係 班		
保険給付を受けた者	氏名	健保花子	被扶養者の場合は続柄	妻 自宅TEL (0566)25 - 3121
	住所	〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○番地		
事故発生年月日	令和 12年 3月 4日 日曜日 午前 午後 3時 15分ごろ			
事故発生場所	○○市○○町○○番地○○先路上線上			
何の用務中か	<input checked="" 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 <span style="float: right;">事故証明書から記入</span>			
事故発生の具体的状況	別紙のとおり	事故発生の責任	事故の相手方・当方・わからない	
	種類	<input checked="" type="checkbox"/> 自動車 ・ <input type="checkbox"/> オートバイ ・ <input type="checkbox"/> 自転車 ・ <input type="checkbox"/> 歩行中 ・ <input type="checkbox"/> 殴 ・ <input type="checkbox"/> 刺 ・ <input type="checkbox"/> 傷 ・ その他( )		
原因の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (○○○ 警察署) ・ <input type="checkbox"/> 無 (理由 )			
事故の相手方	氏名	健保二郎 (○○歳) TEL (○○○○) ○○ - ○○○○		
	住所	○○市○○町○○番地		
	勤務先	名称	○○○○株式会社 TEL (○○○○) ○○ - ○○○○	
	所在地	○○市○○町○○番地		
診療を受けた医療機関	名称	デンソーにここクリニック、健保接骨院		
	所在地	○○市○○町○○番地、○○市○○町○○番地 <span style="float: right;">治療中の場合は未記入</span>		
受診した医療機関を全て記入	名称	左足骨折・頭部打撲 他	初診年月日	令和 12年 3月 4日
健保・自費別診療期間	健保	令和 12年 4月 1日 ~ 令和 年 月 日		
	自費	令和 12年 3月 4日 ~ 令和 12年 3月 31日		
病院の窓口での自己負担	1. 被保険者	2. 相手方(保険会社)負担	3. 人身傷害保険負担	4. その他( )
備考(相手方が不明の場合は理由を記入して下さい)	<span style="float: left;">一旦、窓口負担をしても、後日相手の保険会社へ請求する場合は「2」 一旦、窓口負担をしても、後日ご自身の加入している保険会社へ請求する場合は「3」</span> <span style="float: right;">途中から健保診療に切り替えた場合のみ記入(最初から健保診療の場合は空欄)</span>			

わからない場合は未記入でも可

受診した医療機関を全て記入

治療中の場合は未記入

一旦、窓口負担をしても、後日相手の保険会社へ請求する場合は「2」  
一旦、窓口負担をしても、後日ご自身の加入している保険会社へ請求する場合は「3」

途中から健保診療に切り替えた場合のみ記入(最初から健保診療の場合は空欄)

健保組合記入欄	請求又は制限	57条(第三者) 116条(故意) 117条(不行跡)	治療開始日(事故日)	治療終了日(治癒日)
	給付制限	A(附加金) B(A+医療費) C(A+B+傷手)	年月日	年月日
	請求しない	請求権なし. 免除. 放棄. 不能. その他( )	入力日(データ印)	入力日(データ印)
	請求方法	自賠償. 任意一括. その他( )		