

| | | |
|----|----|----|
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 事故証明書から記入 | | | |
| 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 | | |
| 診療を受けた医療機関 | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 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」 <input checked="" type="checkbox"/> 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) | | |

わからない場合は未記入でも可

事故証明書から記入

治療中の場合は未記入

受診した医療機関を全て記入

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() | | |