

受付印

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

室長	主務	係員

☐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

記号・番号		1 - 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		休日 休暇 出勤前 出勤途中 会社内 出張中 休み時間中 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		自動車・オートバイ・自転車・歩行中・殴・刺・傷・その他()						
原因の有無		有(○○○ 警察署)・無(理由)						
事故に関する相手方	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						
受診した医療機関を全て記入		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)								

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	自賠責 任意一括 その他()		

※経路 被保険者 ↓ 健康保険組合