

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

記号・番号	1 - 123456		被保険者氏名	健保太郎		従業員番号	123456	
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 ・ オートバイ ・ 自転車 ・ 歩行中 ・ 殴 ・ 刺 ・ 傷 ・ その他()							
相手の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (○○○ 警察署) ・ <input type="checkbox"/> 無 (理由)							
事故の相手方に関する相手方	氏名	健保二郎 (○○歳) TEL (○○○○) ○○ - ○○○○						
	住所	○○市○○町○○番地						
	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	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」							

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

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()		