

# 第三者行為による傷病届

取得年月日	平成 昭和	年 月 日
喪失年月日	令和	年 月 日

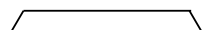
被害者	被保険者証 記号・番号	記号	フリガナ			生	年	月	日	
		番号	氏名			昭・平	年	月	日	歳
	住所	〒 _____ 電話 ( ) _____								
日中連絡がとれる 勤務先	名称									
	所在地	〒 _____ 電話 ( ) _____								
事故該当者 (被扶養者なら記入)	フリガナ		続柄	生		年	月	日	年齢	
	氏名			昭・平・令	年	月	日	歳		
加害者 (相手方)	加害者 (相手方)	フリガナ			生	年	月	日	年齢	
		氏名			大・昭・平	年	月	日	歳	
	住所	〒 _____ 電話 ( ) _____								
勤務している 事業所	名称									
	所在地	〒 _____ 電話 ( ) _____								
加害者の住所・氏名 が判らない場合		理由								
事故 内容	傷病名		発生日時	令和		年	月	日		
	発生場所	午前・午後 _____ 時 _____ 分頃								
	事故内容									
	警察官の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない								
	所轄署	警察署 _____ 係(派出所)								
※示談後の治療は健康保険が使えない場合があります。										
示談の状況	示談が成立	1. 交渉中 2. 成立していない		請求権を放棄した						
	年月日 ※示談書写を 添付する事	成立しない理由		年 月 日 放棄した理由						

※該当文字を○で囲み、必要事項を記入してください。

東京都食品健康保険組合

- ※ 1. 事故(事件)発生後速やかにこの書類を提出してください。  
 2. 提出の際に交通事故証明書(人身事故)の原本を添付してください。  
 3. 加害者(相手側)と示談を行う場合は、その内容について事前に健康保険組合へ連絡しご相談ください。(調査部調査課 TEL03-3833-5156)

受取日付印



治療の状況	受診医療機関	名称		
		所在地		
			電話 ( )	電話 ( )
		治療の期間	年 月 日 から 年 月 日 まで・治療中	年 月 日 から 年 月 日 まで・治療中
		このうち入院した期間	このうち入院した期間	
		年 月 日 から 年 月 日 まで・治療中	年 月 日 から 年 月 日 まで・治療中	

その他付帯情報	○次の質問についてご回答ください。
	1. 加害者の刑事処分について(該当に○をしてください)
	① 起訴されている      ② 不起訴処分となっている (理由 )      ③ 不明
	上記①に○の場合のみ、2の質問にご回答ください。
	2. 刑事裁判の進捗状況について(該当に○をしてください)
	① 現在も継続中      ② 判決があった (内容: )      ③ その他 (不明含) ( )
	3. あなたの選任弁護士について(該当に○をしてください)
	① 選任している      ② 選任していない (選任予定・未定)
	①または②選任予定の場合
	弁護士氏名 ( ) 法律事務所 住所 〒 _____ _____ _____ 電話番号 ( )