

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	平成	年 月 日

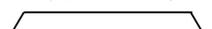
被害者	被保険者証 記号・番号	記号	フリガナ			生	年	月	日		
		番号	氏名			昭・平	年	月	日	歳	
	住所	〒 _____ 電話 () _____									
日中連絡がとれる 勤務先	名称										
	所在地	〒 _____ 電話 () _____									
事故該当者 (被扶養者なら記入)	フリガナ			続柄	生		年	月	日	年齢	
	氏名				昭・平・令	年	月	日	歳		
加害者 (相手方)	加害者 (相手方)	フリガナ			生		年	月	日	年齢	
		氏名			大・昭・平	年	月	日	歳		
	住所	〒 _____ 電話 () _____									
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										
	事故内容	あなた		相手		例) 車・バイク・自転車・歩き					
	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)					
	過失の度合い	自分がなんぶ				相手がなんぶ					
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
※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		
	治療の期間		電話 ()	電話 ()
			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	

加害者（相手側）の自動車保険加入状況	保険の種類 契約内容		自賠責保険（強制保険）		任意保険	
	保険会社名 又は共済連名					
	証明書番号 （証券番号）					
	保険契約者	住所				
		フリガナ				
		氏名				
	保険契約期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	保有者	住所				
		フリガナ				
		氏名				
	損害支 賠償請求 請求先 額	住所	〒 _____		〒 _____	
担当者名		TEL ()		TEL ()		
自動車	種 別			都道府県名		
	登録番号 （車両番号）			車台番号		