

記入例

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

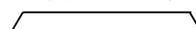
被害者	被保険者証 記号・番号	記号	フリガナ	コウシヨク タロウ		生 年 月 日		
		1235	氏名	甲 食 太 郎		昭・平	44年6月6日 48歳	
	日中連絡がとれる 勤務先	番号	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話 03(3833)〇〇〇〇				
		100	東京都台東区東上野〇-〇-〇					
事故該当者 (被扶養者なら記入)	フリガナ	コウシヨク ハナコ		続柄	生 年 月 日		年齢	
	氏名	甲 食 花 子		妻	昭平・令	46年11月23日	46歳	
加害者 (相手方)	加害者 (相手方)	フリガナ	オツダ ジロウ		生 年 月 日		年齢	
		氏名	乙 田 次 郎		大昭平	〇〇年〇月〇〇日	〇〇歳	
	勤務している 事業所	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話 045(〇〇〇〇)〇〇〇〇					
		神奈川県〇〇区〇〇市〇〇 〇-〇-〇						
加害者の住所・氏名 が判らない場合	名称	株式会社 〇〇〇〇						
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇 東京都品川区〇〇 〇-〇-〇						
事故内容	傷病名	右肘挫傷、右第5指骨折		発生日時	令和 2 年 5 月 3 日 午前・午後 3 時 20 分頃			
	発生場所	東京都中央区晴海〇-〇-〇						
	事故内容	あなた 自転車 相手 車 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	月 島 警察署 交通捜査 係(派出所)						
	過失の度合い	自分がなんぶ 0 ① 2 3 4 5 6 7 8 9 10			相手がなんぶ 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。(調査課 TEL03-3833-5156)

受取日付印



治療 の 状 況	受診医療機関	名称	〇〇総合病院	〇〇整形外科クリニック
		所在地	東京都港区〇〇 〇-〇-〇 電話 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇	東京都品川区〇〇 〇-〇-〇 電話 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇
	治療の期間		2年 5月 3日 から 2年 5月 31日 まで 治療中	2年 6月 1日 から 年 月 日 まで 治療中
		このうち入院した期間	2年 5月 3日 から 2年 5月 20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		〇〇損保株式会社	〇〇損保株式会社
	証明書番号 （証券番号）		1234-ABCD	EFGH-56789
	保険契約者	住所	神奈川県〇〇区〇〇市〇〇 〇-〇-〇	神奈川県〇〇区〇〇市〇〇 〇-〇-〇
		フリガナ	オツダ 〇〇	オツダ 〇〇
		氏名	乙 田 〇 〇	乙 田 〇 〇
	保険契約期間		2年 4月 1日 から 5年 3月 31日 まで	2年 4月 1日 から 4年 3月 31日 まで
	保有者	住所	神奈川県〇〇区〇〇市〇〇 〇-〇-〇	神奈川県〇〇区〇〇市〇〇 〇-〇-〇
		フリガナ	オツダ 〇〇	オツダ 〇〇
		氏名	乙 田 〇 〇	乙 田 〇 〇
	損害支 賠償請求 請求先 額	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県〇〇区〇〇市〇〇 〇-〇-〇	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県〇〇区〇〇市〇〇 〇-〇-〇
		担当者名	〇〇損保株式会社 丙木 よしお Tel.042(〇〇〇〇)〇〇〇〇	〇〇損保株式会社 丁藤 まさお Tel.042(〇〇〇〇)〇〇〇〇
自動車	種 別	普通乗用自動車	都道府県名 神奈川県	
	登録番号 （車両番号）	横浜〇〇あ〇〇〇〇	車台番号 ZYW11-〇〇〇〇〇	