

被保険者 第三者行為による傷病届  
被扶養者

※第三者行為が発生したら、直ちに健康保険組合に連絡してください。

常務理事	事務長	係

京阪グループ健康保険組合理事長殿

年 月 日

被保険者証の 記号-番号		—		事業所名	
				所 属	
フリガナ				⑩	
被保険者氏名					
フリガナ				続柄	昭・平・令 年 月 日生
被害者氏名					
被害者住所		(TEL )			
第三 者 関 する 加 害 者 に	加害者 (運転者)	住所	(TEL )		
		フリガナ			
	氏名	昭・平・令 年 月 日生	職業		
	保有者	住所	(TEL )		
フリガナ					
	氏名	昭・平・令 年 月 日生	加害者との 関係		
事故発生日時	年 月 日		午前・午後	時	分頃
事故発生場所					
事故発生当時の 状況					
〔現場略図は 別紙に記載 してください〕					

相手自動車の 損害賠償 責任保険に ついて	保険会社名	(TEL )			
	所在地				
	契約期間	年 月 日 より		年 月 日	
	証書番号				
	契約者氏名	(TEL )			
	住 所				
相手自動車	車種		車台番号		登録番号
任意保険に ついて	有・無	保険会社名	(TEL )		
		所在地			
		証券番号			
損害賠償に ついて	損害賠償請求の有無		有 ・ 無		
	損害賠償 備考	示談済・交渉中・その他			
受診状況	傷 病 名	(1)		負 傷 の 程 度	(見込期間) 入院 日間
		(2)			通院 日間
		(3)			
現在の状況	①入院中 ②通院中 ③治ゆ ④中止				
医療機関	①名称	所在地			
	② "	"			
	③ "	"			
診療費の負担	年 月 日から 年 月 日まで 加害者負担・自費				
	年 月 日から健康保険使用				
注意事項	<p>1. 警察届出および保険会社への連絡・調整が済み次第、提出してください。 ※第三者行為発生時の連絡は、発生後、直ちに健康保険組合にお願いします</p> <p>2. 本内容が記載されているものであれば、保険会社等の書式による提出もできます。また、保険会社担当者による記載・提出でもかまいません。</p> <p>3. 医師の診断書、事故証明書(健康保険で治療した場合)、示談書(示談済の場合)も添付してください。</p>				

本届は、第三者行為に関する手続き以外の目的には使用いたしません。