

## 健康保険 被保険者 健康保険 被扶養者 第三者行為による傷病届

事故証明書の原本を添付して下さい。

被保険者証	記号 **	被保険者氏名	住友 太郎			
記号・番号	番号 *****	事業所の名称	株式会社			
被害者名	住友 花子	生年月日	昭(平)令 **年 **月 **日	続柄	妻	
第三者 (加害者)	氏名	健康 二郎	勤務先	××株式会社		
	住所	〒***** 市 町 丁目 番 号		TEL	***-****-****	
負傷の状況	負傷の年月日	令和 **年 **月 **日	午前・(午後) **時 **分(頃)			
	事故発生場所	市 町 丁目 番 号の路上				
	医療機関①	病院	入院・外来	令和***年***月***日~令和***年***月***日 (**日間)		
	②		入院・(外来)	令和***年***月***日~令和***年***月***日 (**日間)		
	傷病名	右下腿骨複雑骨折				
事故の概況	自転車で走行中、車に追突され転倒					
自動車事故の場合(第三者の)	加害運転者	健康 二郎	自動車種	普通乗用自動車		
	車両保有者	健康 二郎	登録番号	** ****		
	保険契約者	健康 二郎	車体番号	-		
	自賠償保険証明書の記号・番号	—	保険有効期間	令和***年***月***日~令和***年***月***日		
	自賠償保険保険会社名称・住所	名称	× 損害保険株式会社			
		所在地	市 町 丁目 番 号		TEL	***-****-****
	任意保険契約の有無(有・無)	名称	同上	担当者氏名		
	所在地	同上	TEL ***-****-****			
損害賠償請求の意志	(有)・無 (該当を で囲んでください)					
示談解決の有無	有・(無) (有の場合は示談書の(写)を添付して下さい)					
上記のとおり届け出します。						
令和 **年 **月 **日						
〒*****						
被保険者 住所 市 町 丁目 番 号						
(届出者)						
氏名 住友 太郎 (印)						
TEL *** (*** ) ****						
住友ファーマ健康保険組合理事長 殿						