

(第三者の行為による)傷病原因届

川崎汽船健康保険組合 理事長 殿

下記のとおりお届けいたします。

令和 年 月 日

被保険者証 記号番号	記号	番号	被保険者氏名		
被保険者の 勤務先	名称				電話
	所在地				
被保険者の 住所	〒				
保険 給付を うけた者	フリ 氏 名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
	傷 病 名		診療を うけた 医師の 住所氏 名	住所 医療機関名 医師名 電話 ()	
第三者 に関する 事	相手方	氏名	(歳)		電話
		住所	〒		
	相手方が未成年または責任無能力者などの場合は、親権者または監督義務者の相手方との関係() 親権者または監督義務者の氏名				
	住所	〒	電話	-	
相手方勤務地 名称・所在地	会社名称			電話	-
	所在地				
負傷 または 疾病の 状況	『いつ』『どこで』『どうして』『どのようになった』かなどを詳しく記入してください。				
	発生日時	平成/令和	年	月	日 (曜日) 午前・午後 時 分
				
				
				
				

- 第三者(相手方)が不明の場合は、第三者に関する欄にその旨を記入してください。
- 第三者の行為による負傷または疾病のため、健康保険の給付(治療費・傷病手当金など)を受ける場合は、直ちに健康保険組合に届出してください。