

(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。

平成 00 年 00 月 00 日

被保険者証 記号番号	記号 123	番号 4567	被保険者 氏名	健保 太郎		健保印	
被保険者の 勤務先	名称	〇〇株式会社			電話	000 - 000 - 0000	
	所在地	〇〇県〇〇市△△△9-9					
被保険者の 住所	〒 〇〇県〇〇市〇〇〇-0						
保険 給付を うけた者	フリ 氏名	カナ 名	健保 愛子	生年 月日	大正 昭和 平成 00 年 00 月 00 日	被保険者 との続柄	妻
	傷 病 名	捻挫		診療を うけた 医師の 住所氏 名	住所 〇〇県〇〇市△△△5-5 医療機関名 〇〇病院 医師名 病院太郎 電話 (000) 000 - 0000		
第三者 に 関 する 事	氏名	事故 太郎 (00 歳)			電話	000 - 000 - 0000	
	住所	〒 〇〇県〇〇市〇〇6-66					
	相手方	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	〇〇株式会社			電話	000 - 000 - 0000	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇3-33					
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 00 年 00 月 00 日 (〇 曜日) 午前・午後 00 時 00 分 〇〇県〇〇市の幹線道路で乗用車に追突され、負傷した。						

- 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。