## 第三者行為による傷病届

## Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act

	保険組合理事長 殿	年 月 日提出
	n of the Board, Takeda Health Insurance Society	Date submitted (Y/M/D): / /
事業所	• 所属名/Employer/section: TEL ( )	事故発生の日時: 年 月 日 Date and time of accident: (Y)/ (M)/ (D)
g被保険和	者記号番号/Health insurance card code/no. [ ]-[	午前・午後 時 分 (H): (M) AM/PM
被保険者 大名/Na 上年月月 Date of	ame: 印 (seal)	事故発生の場所/Location of accident:
険 rr 生年月1		現場見取図/Detailed descriptions of circumstances of the accident
Date of	birth (Y/M/D): / /	
住所/Ac	ldress: ⊤	
	TEL ( )	
受傷者区分	被保険者(本人)・ 被扶養者(家族)	
Category of	Insured person/Dependent (family member)	
injured party 事故区分	被害者・加害者・ 自損事故 ・ その他 ( )	$\dashv$
Accident category	Victim/Party responsible/Injury due to own negligence /Other ( )	
受傷者が被	氏名/Name: 続柄/Relationship	
扶養者の場合	生年月日: 昭・平 年 月 日 Date of birth (Y/M/D): / /	
If the injured	住所/Address: 〒	
party is a dependent	TEL ( )	
事故発生の原因・	IEL ( )	
状況		
加害者・被害者の 行為を詳しく記入		
してください		
Cause/status of accident		
Describe in detail		
the actions of the party responsible		
and the actions of the victim		
-		
事故の責任(過失割合) Responsibility for	自分/Self %	
accident (Share of fault)	相手/Other party %	Your vehicle No Crossing sign (赤、黄、青の表示) Crosswalk
負傷状況		────────────────────────────────────
傷病名・入院 通院・死亡など		yellow, or green) the collision
Injury status		occurred
Names of injury/sickness,		進行方向 ★ 自 転 車 ─────────────────────────────────
whether receiving inpatient or		movement Bicycle,
outpatient treatmen	t, <mark></mark>	motorcycle J
fatalities, etc.	   治療開始: 年 月 日 入院・ 通院	
NA united I to New	Treatment began: (Y)/ (M)/ (D) (inpatient/outpatient)	Treatment expected to end: approx.: (Y)/ (M)/ (D)
治療状況 (見込み)	後遺症: ある見込 ・ ない見込 ・ わからない Residual effects: Expected/Not expected/Unsure	
	s 医療機関:名称/Medical care institution: Name: 所在地/Ad	dress:   TEL ( )
	支払方法: 健康保険・自費・加害者負担・その他(	)
	Payment method: Health insurance/Self/Paid by party responsible/Other	, ) , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
第三者(相手)	氏 名/Name: 性別 ( 男 ・ 女 ) Gender: (M/F)	第三者 (相手) の 名称(会社名) /Name (company name):
第二年 (相子) について	生年月日: 年 月 日生 職業	雇用主 (車の所有者) 雇用主名/Employer name:
Third party (other party)	Date of birth (Y/M/D): / / Occupation 住 所/Address: 〒	Employer of third party (other party)
	住 所/Address: T  TEL ( )	party (other party) (Owner of vehicle) (Owner of vehicle)  TEL ( )
Mr = H (HIII) 0	自賠責保険(証書記号番号)/Auto liability insurance (insurance certificate code/nc	
		第三者(相手)の
第三者(相手) の 自動車損害賠償	KKKKL4/Insurer name	任意保険 保険会社名/Insurer name:
責任保険	所在地/Address: 〒 担当者氏名/Name of person in charge:	insurance of third   所在地/Address: T
Auto liability insurance of third	担当有风名/Name or person in charge. TEL (	party (other party) 担当者氏名/Name of person in charge: ) TEL ( )
party (other party)	保険請求: 被害者 · 加害者	所轄警察署
	Insurance claim: Victim/Party responsible	Police station with jurisdiction
	人身傷害補償保険を使用される場合は、必ずご配入ください。/Be sure to f	
その他 Other	人身傷害取扱保険会社/Personal injury protection insurer	
	証書記号番号/Insurance certificate code/no.  所在地/Address	
Otner	所在地/Address 〒 電話番号/Tel	
	担当者名/Name of person in charge:	

- 注意事項 ①届出書には必ず「念書」を添付してください。
  ②届出後、自動車事故の場合は、速やかに自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書(人身事故用)」を提出してください。
  その他の場合は、警察への被害届受理番号を連絡してください。
  ③健康保険を使用して受診された場合の治療費(自己負担分を除く)は健保組合が一旦立て替え支払い、治療完了後に加害者の加入する保険会社に請求しますので、必ず取扱保険会社名・住所・電話番号を必ず記入してください。
  - ④人身傷害補償保険を使用される場合は、必ずその他の欄に取扱保険会社等をご記入ください。
- Notes ① Be sure to attach a "written pledge (Injury or Sickness due to a Third-party Act)" to this notice.
  - ② After submitting this notice, immediately submit the traffic accident certificate (for accident causing injury or death) issued by the Japan Safe Driving Center in the case of a traffic accident. In other cases, notify the Health Insurance Society of the receipt no. for the notice of damage submitted to the police.
  - ③ Be sure to enter the name, address, and telephone number of the other party's insurer. If you use health insurance for examination or treatment following the accident, the Society will pay the medical care costs (not including your copayment) up front and submit an invoice for reimbursement to the insurer of the party responsible after treatment is complete.
  - ④ If using personal injury protection insurance, be sure to provide the insurer name and other information under "Other" above.