












第三者行為による傷病届

(用紙1)

武田薬品健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	事業所・所属名: TEL ()	事故発生の日時: 平成/令和 年 月 日		
	被保険者記号番号 []-[]	午前・午後 時 分		
	氏名: 印	事故発生の場所:		
	生年月日: 昭・平・令 年 月 日	現場見取図		
	住所: 〒 TEL ()			
受傷者区分	被保険者(本人)・被扶養者(家族)			
事故区分	被害者・加害者・自損事故・その他()			
受傷者が被 扶養者の場 合	氏名: 続柄			
	生年月日: 昭・平・令 年 月 日			
	住所: 〒 TEL ()			
事故発生の 原因・状況 加害者・被害者 の行為を詳しく 記入してください				
事故の責任 (過失割合)	自分 %			
	相手 %			
負傷状況 傷病名・入院 通院・死亡など	表示符号			
	自 車 	横断禁止 	信 号 	横断歩道 
	相手車 	人 間 	(赤、黄、青の表示)	接 触 点 
	進行方向 	自 転 車 	一時停止 	
		オートバイ 		
治療状況 (見込み)	治療開始:平成/令和 年 月 日 入院・通院	治療完了見込: 平成/令和 年 月 日頃		
	後遺症: ある見込 ・ ない見込 ・ わからない			
	医療機関:名称	所在地〒	TEL ()	
	支払方法: 健康保険・自費・加害者負担・その他()			
第三者 (相手) について	氏名: 性別(男・女)	第三者 (相手) の雇用主 (車の所有者)	名称(会社名):	
	生年月日: 昭・平・令 年 月 日生 職業		雇用主名:	
	住所: 〒		住所: 〒	
	TEL ()		TEL ()	
第三者 (相手)の 自動車損害賠償 責任保険	自賠償保険(証書記号番号)	第三者 (相手)の 任意保険	任意保険(証書記号番号)	
	保険会社名:		保険会社名:	
	所在地: 〒		所在地: 〒	
	担当者氏名:		担当者氏名:	
	TEL ()		TEL ()	
保険請求: 被害者・加害者	所轄警察署			
その他	人身傷害補償保険を使用される場合は、必ずご記入ください。			
	人身傷害取扱保険会社			
	証書記号番号			
	所在地	〒		
	電話番号			
担当者名				

注意事項

- 届出書には必ず「念書」を添付してください。
- 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。
- 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。
- 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。