

第三者（過失ある者）の作為または不作為による傷病届

(1/2)

被保険者等 記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	事業所の所在地、名称	
被保険者の氏名			
被害者の 氏名			続柄
	昭・平・令 年 月 日生		
第三者(過失ある者)の住所、氏名	電話 ( )		
第三者(過失ある者)の勤務先の住所、氏名または所在地、名称	電話 ( )		
傷病名			
① 傷病発生の原因 とその状況  (被害者と第三者(過失ある者)の行動など傷病発生の原因とその状況をわかりやすく。図をかいたほうがわかりやすいときは図をかいて説明してください)	(日時) 令和 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分(頃)		
	(事故発生の場所)		
	(傷病発生の原因とその状況)		

② 診療を受けた医療機関の所在地、 名称				電話	( )
治療費を支払っている者の住所、 氏名 (健康保険扱いの場合にはその旨記入してください)					
示談が進んでいる状況または示談の結果					
第三者(過失ある者)の保険に関する事項	契約保険会社の 所在地、名称				
		電話	( )		
	契約者の 住所、氏名				
	証明書番号	第		号	
保険期間	自	令和	年	月	日
	至	令和	年	月	日
保険への請求有無	請求した		請求していない		請求予定
警察署への届出有無	届出	届出年月日	令和	年	月 日
	未届	および所轄署			
警察署 派出所					
その他参考事項					
三井住友トラストグループ健康保険組合御中					
令和 年 月 日					
被保険者					
住所					
氏名					
電話 ( )					

(記入上の注意)

- ①はくわしく記入してください。
- ②は診療を受けたすべての医療機関名を記入してください。

(添付する書類)

示談が成立している場合には、示談書の写し。