

健康保険

第三者行為による傷病届

〈コーセー健康保険組合用〉

* 該当する文字を○で囲み、必要事項をご記入してください。

被保険者証 記号番号	記号	事業所 名				
	番号					
被保険者氏名	印	住所			電話	
被扶養者のとき	氏名	続柄		生年月日	S・H・R	年 月 日
事故発生日時	令和 年 月 日	午前・午後		時 分	ごろ	
事故発生場所						
事故発生の責任	加害者	被害者	両方	わからない		
過失の度合	自分がなんぶ			相手がなんぶ		
	0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
医療機関名称			所在地			電話
治療費支払方法	自費	加害者負担	健康保険	その他()		
傷病名部位及び経過の概要	入院期間 自 . . . 至 . . .					
現在の状況	入院中		通院中		治療中止	
後遺症	のこった		のこる予定		のこらない わからない	
第三者の (相手方)	氏名		住所			電話
	勤務先名称		年令	才	保有者との関係	
	勤務先住所					電話
第三者の使用者 (自動車保有者)	氏名		住所			
	職業		年令	才	電話	
相手自動車の損害 賠償責任保険に ついて	保険会社名			担当者名		
	保険会社住所					電話
	契約者氏名		住所			
	契約者期間	自 . . . 至 . . .	証書番号			
相手自動車の品種			車台番号	登録番号		
任意保険について	保険会社名		所在地			電話
	保険期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日		
	対人賠償	万円	証書番号			

* 必要添付書類

受付日印

- 1・自動車事故証明書(コピー可)
- 2・事故発生状況報告書
- 3・診断書 (コピー可)
- 4・死亡の場合は戸籍謄本及び死亡診断書
- 5・念書
- 6・示談をしている時、示談書の写し