

常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当者

健康保険傷病原因報告書

(第三者行為による傷病届)

※

		事業所名		
被保険者等 記号・番号	—	所 属		
傷病が家族であるときはその者の氏名		続 柄		
傷 病 名		治療した医療機関名		
自傷原因 (詳しく) なにを どうしているうち なにが どうふうになって どこを どうした				
事故の発生した と ころ	事故発生の年月日		年	月 日
	事故の発生した時刻		午 前 後	時 分頃
当日勤務の有無	有 無	初診の年月日	年	月 日
第三者 行為の 場 合	事 故 の 責 任	本人	相手	双方
	相手の住所・氏名			
	賠償を請求中のとき または受けたときは その 内 容			
自動車 事故の 場 合 相手自 動車の	保 險 会 社	会 社 名	証 明 書 番 号	
		担 当 者	保 險 契 約 者 の	住 所
		電 話 番 号	氏 名	
	保 險 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	運 転 者 と 所 有 者 の 関 係	

管理課長

課長補佐

主任

課員

所屬長

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日 被保険者住所 _____

氏 名 _____

東武鉄道健康保険組合 理事長殿

注1 この報告書は、事故が発生した場合は直ちに提出してください。

2 第三者行為の場合、次の書類を添付してください。

(1) 交通事故においては、①交通事故証明書(人身事故) ②事故発生状況報告書 ③相手の念書
④被保険者の念書

(2) 交通事故以外に於いては、前項の③相手の念書 ④被保険者の念書。

(添付書類のうち ①交通事故証明書(人身事故) ③相手の念書は後日提出してください。)

3 ※印欄は、記入しないこと。