

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要（修正液等での訂正は原則禁止）

交通事故以外の場合

健康保険組合 御中

記入する際の注意です  
不備がある場合は再提出していただく  
こともありますので、必ずご確認の上、記  
入ください

受付印

第三者の行為による傷病届(事故以外)

下記のとおりお届けします。

令和 4 年 10 月 20 日提出

被保険者証	12 ** - ****	被保険者氏名	健康 太郎 印		
事業所名称	〇〇〇〇(株)	保険給付を 受けた者	健康 花子	続柄	妻
被保険者住所	〒 191-**** 東京都日野市〇〇1-1△△マンション101			TEL (	
事故発生日	令和 4 年 6 月 18 日 土曜日 午前・午後 1				
事故発生場所	東京都日野市〇〇 *-*-* 〇△□スーパー内				
事故発生時	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・その他 ( ) 通勤途中 ( 出勤・退勤 / 寄り道等有り・寄り道等無し )				
交通事故以外の場合	ケンカ・外食等の食中毒・設備不備によるケガ ( )				
過失の度合	自分: 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・不明 相手: 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・不明				
警察署届出の有無	有 ( 警察署 ) ・ 無 (理由 設備会社が対応したため )				
事故の相手方に関する こと	相手方氏名	( 歳 ) TEL (			
	勤務先	〇〇〇〇スーパー TEL (***) *** - ****			
	請求先	相手方へ請求 ・ 相手方以外へ請求 (下記に詳細記入)			
	相手方以外 の請求先	名称	設備会社 ***会社東京支社 〇〇宛て TEL ( 03 ) **** - ****		
	所在地	〒***-**** 東京都〇〇区〇〇1-1-1 **ビル〇階			
診療を受けた 機関	名称	〇〇〇〇市立総合病院 他薬局あり	期間	R4 年 6 月 18 日から R4 年 7 月 18 日まで	窓口負担 自費・相手・ 健康保険
	所在地	東京都日野市〇〇〇〇1-1	期間	年 月 日から 年 月 日まで	窓口負担 自費・相手・ 健康保険
	名称		期間	年 月 日から 年 月 日まで	窓口負担 自費・相手・ 健康保険
	所在地		期間	年 月 日から 年 月 日まで	窓口負担 自費・相手・ 健康保険
傷病名	右足切創				
治療状況	治療中 (治療終了目安: 月頃・未定) 治療終了 ( R4 年 7 月 18 日 ) ・ 症状固定 ( 年 月 日 )				
備考	(相手方が不明のときは、その理由を記入して下さい)				

業務上・通勤途上の場合は  
労災保険の対象となりますので、  
勤務先に確認が必要です

決まっている場合は  
数字に〇を記入して下さい

事故との関連性を簡単に記入  
ください

薬局へ行っている場合は、処方箋  
もらった病院の横に記入ください

同じ病院で窓口負担の方法が  
異なる場合は、期間を分けて  
記入ください

健保組合 記入欄	請求又は制限	57条 (第三者) 116条 (故意) 117条 (不行跡)	請求月日	令和 年 月 日		
	給付制限	A (附加金) B (A+医療費) C (A+B+傷手)	入金月日	令和 年 月 日		
	請求しない	請求権なし. 免除. 放棄. 不能. その他 ( )	完了 確認印	常務理事	事務長	担当
	請求方法	自賠責. 任意一括. その他 ( )				

