第三者の行為による傷病届

（健康保険法施行規則第52条）

※該当事項を○で囲んでください

受付日	年	月	日
常務理事	事務長		担当者

被保険者証番号		所属名	
事故の日時	令和　年　月　日　時　分頃 （月・火・水・木・金・土・日）	事故の場所	
被害者の住所 氏名 年齢 続柄 職業	〒　－ TEL （フリガナ） （氏　名） （男・女）　才 続柄　　職業	加害者の住所 氏名 年齢 職業	〒　－ TEL （フリガナ） （氏　名） （男・女）　才 （勤務先名） TEL
診療を受けた病院 負傷の程度	病院名 TEL（　　）　－ 診療開始日　年　月　日　入院・通院 主傷病名	加害車両保有者	（住所） （氏名又は会社名） （保険契約者） （契約者との関係）
加害者の交通方法	徒歩、自転車、原付自転車、オートバイ、 小型トラック、普通トラック、軽乗用車、普通乗用車、 バス、同乗中 その他（　　）	加害者の車両	自転車、原付自転車、オートバイ、小型トラック、 普通トラック、軽乗用車、普通乗用車、バス その他（　　） （車両番号　　）
加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険証券番号　第　号	契約期間	自　年　月　日 至　年　月　日　保険㈱
	任意保険証券番号　第　号	契約期間	自　年　月　日 至　年　月　日　保険㈱

過失の度合	自分がなんぶぐらい（割合）	相手がなんぶぐらい（割合）
	０・１・２・３・４・５・６・７・８・９・１０	０・１・２・３・４・５・６・７・８・９・１０

上記の通り、第三者の行為による傷病を届けます。

年　月　日

セントラル警備保障健康保険組合　理事長　殿

被保険者　住　所　〒　－

氏　名　㊞

電話番号　－　－