

健康保険 第三者行為による傷害届

常務理事	事務長	担当者

項目	内容	
届出者 (被保険者名等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	記号 番号 1 0 2 3 4 5 5 7 8 全農健康保険組合
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主・その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日 ふりがな ぜんのう たろう 氏名 全農 太郎 生年月日 昭和 ##年 ##月 ##日 住所 / 電話 〒 ###-#### 東京都 ○○区○○町##-## 0#0 (####) ####
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック ふりがな ぜんのう はなこ 氏名 全農 花子 届出者との関係 妻 生年月日 昭和 ##年 ##月 ##日 住所 / 電話 〒 ###-#### 東京都 ○○区○○町##-## 0#0 (####) ####
	氏名	氏名 小石川 文子 TEL 0#0 (####) ####
相手方 (第三者)	氏名	ふりがな こいしかわ ふみこ 氏名 小石川 文子 TEL 0#0 (####) ####
	住所 / 電話	〒 ###-#### 東京都 ○○区○○町##-##
事故発生状況	事故発生日時	2022 年 1 月 1 日 午前 / 午後 11 時 0 分頃
	事故発生場所	東京都 ○○区○○町 路上 (交差点)
自賠責 (相手方)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇火災海上保険 登録番号 / 車台番号 #####
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 20## 年 ## 月 ## 日 ~ 20## 年 ## 月 ## 日 自賠責証明書番号 第 ##### 号
任意保険 (相手方)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 ( ) TEL ( )
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名
受診者加入の保険会社の関与	関与の有無を チェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当部署 担当者氏名 TEL ( )
	治療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 入院 治療開始日 20## 年 ## 月 ## 日 ××病院 有/無 治療終了(見込) 20## 年 ## 月 ## 日 住所 / 電話番号 〒 ###-#### 東京都 ○○区○○町##-## 0#0 (####) ####
治療状況	② 診療機関名 入院 治療開始日 20## 年 ## 月 ## 日 ××調剤薬局 有/無 治療終了(見込) 20## 年 ## 月 ## 日 住所 / 電話番号 〒 ###-#### 東京都 ○○区○○町##-## 0#0 (####) ####	③ 診療機関名 入院 治療開始日 年 月 日 有/無 治療終了(見込) 年 月 日 〒 TEL ( )
	傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日 本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>

健康保険の届出には、「記号」と「番号」を記入いただくようになっています。「番号」は、最大7桁で、枝番(2桁)の記入は、不要です。

ハイフン または (枝番) と 2桁の枝番が表記されるようになりました。二## または(枝番) ##

健康保険被保険者証

令和3年1月1日 交付

本人 (被保険者)

記号 ## 番号 ##### 一##

氏名 全農 太郎  
生年月日 昭和 ##年 ##月 ##日  
資格取得日 平成 ##年 ##月 ##日

事業所名称 全農○○○○○(株)  
保険者番号 東京都○○区小石川一丁目#####  
地号  
保険者名称 全農健康保険組合 TEL 03-6811-0461

公印

相手方が任意保険に加入している場合は、ご確認のうえ記載してください。

加入されている保険会社にご確認ください。

この事故に関して、診療を受けた医療機関名等を記載ください。

加入されている保険会社が申請書を作成される場合は、支援を受けてチェックを付け、作成日を記載ください。

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。