常務理事	事務長	課　長	係　長	係　員

健康保険傷病届

被害者	被保険者	記号 番号	フリガナ 氏　名			
				昭・平　年　月　日生（　才）		
	現住所	〒　－ TEL　（　）				
	被保険者が勤務している事業所（連絡先）	名　称				
		所在地	〒　－ TEL　（　）			
	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ 氏　名		昭・平・令　年　月　日生（　才）	続柄	
第三者の有無		事故が第三者の行為によるものか　はい　いいえ				
事故の内容	傷病名		損害の程度	全治　ヶ月		
	事故発生日・場所	事故日時	令和　年　月　日（　）午前・午後　：　頃			
		場　所				
	事故発生時の状況	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外（　）				
	所轄警察署	警察に届出済　・　届出なし　・　不明	届出署	警察署		
治療状況	①	医療機関名称		年　月　日から　年　月　日まで		
		所在地	TEL　（　）			
	②	医療機関名称		年　月　日から　年　月　日まで		
		所在地	TEL　（　）			
	後遺症	ある　・　ある見込み　・　ない　・　ない見込み　・　不明				
	治療費の支払方法	健康保険　・　被害者負担　・　その他（　）				
	治療終了見込み（治療終了日）	年　月頃（　年　月　日治療終了）　・　未定 **※　すでに治療が終了している場合は（）内に治療終了年月日を記入してください**				
添付書類	交通事故の場合は「交通事故証明書（写）」を添付してください。交通事故証明書が無い場合はその理由を下記にご記入ください。 **（理由）**					

受付印