年　　月　　日提出

センコー健康保険組合　殿

健康保険 第三者行為による傷病届

被害者（加入者）	1.被保険者証の記号と番号	記号		2.被保険者氏名		印
		番号				
	3.事業主の名称					
	4.受診者	氏名		被保険者との続柄		
	5.住所	〒		TEL：		
加害者（第三者）	6.氏名		7.生年月日	年　月　日		
	8.住所	〒		TEL：		
	9.加害者不明の場合	その理由				
	10.自賠責保険【必須】	会社名		証明書番号		
		契約者の氏名		契約者と加害者との関係		
	11.任意保険【必須】	会社名		証券番号		
		契約者の氏名		契約者と加害者との関係		
	12.自動車の番号					
事故内容	13.傷病名					
	14.発生年月日	年　月　日　午前・午後　時　分頃				
	15.発生の場所					
	16.種別	自動車事故・バイク、自転車事故・殴打、刺傷・その他（　　）				
	17.事故結果	即死・入院直後の死亡（死亡　年　月　日）・治療 入院中の死亡				
	18.過失の度合	（自分がなんぶ） 0．1．2．3．4．5．6．7．8．9．10		（相手がなんぶ） 0．1．2．3．4．5．6．7．8．9．10		
19.この届に添えて提出する書類		①交通事故証明書 又は 交通事故証明書入手不能理由書 ②事故発生状況報告書 ③損害賠償請求に関する念書 ④示談をしている時は示談書の写				〔受付日付〕

常務理事	事務長	担当	担当