

第三者の行為（自動車事故を除く）による傷病届

被保険者記号・番号	200-1234567	被保険者氏名	健保 太郎
事故当事者氏名	健保 花子		
加害者	氏名	〇〇 〇〇	
	住所	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3	
	職業	会社員（ 〇〇株式会社 勤務 ）	
	加害者が不明の場合 （その理由状況と詳細）		
事故の状況	発生年月日	R元年 5月 15日 19時 15分頃	
	発生場所	JR 新宿駅南口 階段	
	原因と状況	階段を降りていたところ、階段を駆け上がってきた人とぶつかり転倒。その際に手をついて体を支えた右手首を骨折。	
被害状況	傷病名及び 傷病の程度	右手関節骨折	
受診病院（医院）名	新宿クイントビル整形外科		
<p>上記の通りお届けします。 和暦 R元年 5月 20日</p> <p>住所 東京都渋谷区代々木 1-2-3 TEL 03-1234-5678</p> <p>氏名 健保 太郎</p> <p>ファイザー健康保険組合 殿</p>			

※ 不明箇所がある場合は、判る部分を記載の上ご提出ください。不明部分は判り次第ご連絡ください。
尚、示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。

■ 連絡先 ファイザー健康保険組合 TEL 03-5309-9929

同意書

事故日	R元年5月15日	
受 傷 者	氏名	健保花子
	住所	東京都渋谷区代々木1-2-3
	生年月日	昭和40年1月23日
医療機関名*	新宿クイントビル整形外科	

*上記医療機関発行の処方箋により療養給付を行う調剤薬局を含みます。

ファイザー健康保険組合の被保険者または被扶養者は、上記事故に関する保険金支払い目的の範囲内で、医療機関からの下記医療情報について加害者側から提示の要求があった場合、提出することに同意します。

尚、本状は上記事故に関する保険金支払い完了後に効力を失うものとします。

記

- 診断書・診療報酬明細書（写）
- 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見

和暦 R元 年 5 月 20 日

東京都渋谷区代々木1-2-3

氏名 健保 太郎

受傷者との関係： 本人 配偶者 親権者 法定相続人 その他()

※ 原則として受傷者ご本人のご署名をお願いいたします。

※ 受傷者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。

以上