第三者の行為（自動車事故を除く）による傷病届

被保険者等記号・番号		700-1234567	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	○○　○○		
	住　　所	〒123-4567　○○県○○市○○町 1-2-3		
	職　　業	会社員（　○○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		

上記の通りお届けします。
和暦 R元 年 5 月 20 日

住　所　東京都渋谷区代々木 1-2-3　TEL　03-1234-5678

氏　名　健保　太郎　健保

ファイザー健康保険組合　殿

※　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

ファイザー健康保険組合　御中

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

1. 診断書・診療報酬明細書（写）

2. 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