

令和 年 月 日

近畿日本ツーリスト健康保険組合 理事長殿

被保険者 住 所

Tel: ()

氏 名



傷病届

健康保険法施行規則第65条の規程により届出します。

被保険者証 の記号・番号	記号	被保険者 の勤務す る事業所	所在地	TEL		
	番号		名 称			
負傷者氏名 本 人 ・ 被扶養者			生年月日	昭・平・令	年 月 日	被保険者 との続柄
	治療費の支払い方法		健康保険 ・ 自 費 ・ 相手方(加害者)			

事故発生 年月日	令和 年 月 日	事故発生 の場所				
	時 分頃		あなたは〔車・バイク・自転車・徒歩〕 相手は〔 〕			
事故発生 のとき	何をしているとき (どんな用件で)			公・私 等の 別	勤務中	
	どの場所で (どこから、どここの途中)				通勤途上 (行き・帰り)	
					私 用	
事 故 発 生 の 状 況			事 故 現 場 ・ 見 取 図	(記 入 不 要)		

* 自動車事故、殴打等の第三者の行為による場合は、「健康保険 第三者の行為による傷病届」および必要な添付書類を提出してください。