

記入例

健康保険組合 損害賠償届出書

被 保 険 者	① 被保険者証記号番号		② ※被保険者（申請者）氏名		③ 住 所	
	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7		(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		〒 999-9999 長野県長野市本町1-1-1長野マンション111号室 自宅 TEL (099) 999 - 9999 会社 TEL (099) 888 - 8888	
者	被害者氏名		④		01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 51:父 52:母 その他 ()	
	ケンポ ジロウ 健保 次郎		被保険者との続柄			
一 般 者	⑤ 傷 病 名		左肋骨骨折			
	⑥ 氏 名		保険 太郎		生 年 月 日 昭 平 18 年 9 月 3 日	
出 発 者	住 所		〒 999-9999 TEL (026) 234 - 5432 長野県長野市本町3-3-3			
	自賠責 保 険	名称及び住所	〒 380-0906 TEL (026) 245 - 6789 長野七瀬中町33 鈴木海上火災保険(株)			
事 項	任意 保 険	名称及び住所	〒 380-0842 佐藤海上火災保険(株) 長野市西町116-2			
	担 当 者 名	石 山 TEL (026) 333 - 4444				
記 入 欄	診療を受けた病院等	名称及び電話番号	健康病院 TEL (026) 555 - 6666		第一病院 TEL (026) 444 - 5555	
	⑦ 健康保険による診療開始日	平成 16 年 8 月 13 日				
欄	⑧ 現時点における損害賠償（示談等）に係る折衝状況		未折衝。今後被害者の治癒後示談交渉予定			
	⑨ 加害者側から受けた当該損害賠償金		0			

※被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自署した場合は不要です。

添 付 資 料	<input type="checkbox"/> 念 書 (様式：医第21号)	<input type="checkbox"/> 交通事故証明書 (写)
	<input type="checkbox"/> 誓 約 書 (様式：医第22号)	<input type="checkbox"/> 診 断 書 (写)
	<input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 (交通事故) (様式：医第23号)	<input type="checkbox"/> 加害者の自賠責保険証書 (写)
	<input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 (交通事故以外) (様式：医第24号)	<input type="checkbox"/> 加害者の任意保険証書 (写)

処 理 欄	健 保 組 合	受 付	審 査	登 録	第 三 者 No.
-------------	------------------	--------	--------	--------	--------------------

<<被保険者（申請者）記入例>>

- ① 上段に記号（4ケタ）
下段に番号（7ケタ以下右づめ）
を記入する。
- ② 被保険者若しくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
※被保険者（申請者）氏名欄の押印は、
被保険者（申請者）が自署した場合は不要。
- ③ 自宅の住所、電話番号を記入する。
- ④ 該当する番号を○で囲む。
該当がない場合は、その他（ ）内に
続柄を記入する。
- ⑤ 加害者（相手方）の行為による負傷
又は疾病の状況を記入する。
- ⑥ 加害者（相手方）に関する事項を記
入する。
自賠責保険及び任意保険欄には加害者
が加入している保険を記入する。
- ⑦ 被保険者証を使用した診療（保険診
療）が開始となった日を記入する。
- ⑧ 賠償に関する相手方との折衝状況を
記入する。
- ⑨ 加害者（相手方）から受けた賠償金、
見舞金がある場合はその額を記入する。

健康保険組合 損害賠償届出書

被 保 険 者 (届 出 書 欄)	被保険者証記号番号		被保険者 (申請者) 氏名		住 所			
	(カガナ)		印		〒			
	(カガナ)				自宅 TEL() -			
	被 害 者 氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄		01 : 本人 11 : 夫 12 : 妻			
	事 故 発 生 年 月 日				平成 年 月 日		21 : 長男 22 : 二男 23 : 三男 31 : 長女 32 : 二女 33 : 三女 51 : 父 52 : 母 その他 ()	
	傷 病 名							
	加 害 者 に 関 連 す る 事 項	氏 名			生 年 月 日	昭 平 年 月 日		
		住 所	〒		TEL () -			
		自賠責 保 険	名称及び住所	〒		TEL () -		
		任 意 保 険	名称及び住所	〒				
記 入 欄	診 療 を 受 け た 病 院 等	名称及び電話番号	TEL () -		TEL () -			
		健康保険による診療開始日	平成 年 月 日					
	現時点における損害賠償 (示談等)に係る折衝状況							
	加 害 者 側 か ら 受 け た 当 該 損 害 賠 償 金							

被保険者 (申請者) 氏名欄の押印は被保険者 (申請者) が自署した場合は不要です。

添 付 資 料	念 書 [様式: 医第 2 1 号] 誓 約 書 [様式: 医第 2 2 号] 事故発生状況報告書 交通事故 [様式: 医第 2 3 号] 事故発生状況報告書 交通事故以外 [様式: 医第 2 4 号]	交通事故証明書 (写) 診 断 書 (写) 加害者の自賠責保険証書 (写) 加害者の任意保険証書 (写)
------------------	--	---

处 理 欄	健 保 組 合	受 付	審 査			登 録		第 三 者
-------------	------------------	--------	--------	--	--	--------	--	-------------