

健康保険組合 損害賠償届出書

記入例

被 保 険 者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	住所および連絡先			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎							〒 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇1-1-1 自宅 TEL (000) 0000 - 0000 会社 TEL (000) 0000 - 0000			
(被 受 害 診 者 者)	氏名	(フリガナ) ケンポ ダイスケ 健保 大輔							被保険者との 続柄	01:本人	11:夫	12:妻
	生年月日・年齢	平成 13 年 1 月 3 日 (20 歳)								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 ()	
事 故 発 生 日 時		令和 3 年 1 月 4 日 月曜日 18時 30分										
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社		関与の有無	関与が「有」の場合、ご記入ください。									
		有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	保険会社名	東京保険株式会社					担当者名	都		
			TEL	(000) 0000 - 0000								
治 療 状 況	傷 病 名	肋骨骨折、頸椎捻挫							保険証等使用開始日			
										令和 3 年 1 月 4 日		
	診 療 機 関 名 (保 険 証 等 使 用)	首都圏総合医療センター				首都圏整形外科						
		TEL (000) 0000 - 0000	入院の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		TEL (000) 0000 - 0000	入院の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>				
		首都圏内科外科病院										
		TEL (000) 0000 - 0000	入院の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		TEL () -	入院の有無	有・無				
(加 害 手 者)	氏 名 ・ 性 別	(フリガナ) ホケン ジロウ 保険 次郎 (男性)							生年月日 年齢	昭和60年 1 月 3 日 (38 歳)		
	住 所 ・ 連 絡 先	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1							TEL (000) 0000 - 0000			
自 賠 加 害 保 険	保 險 会 社 名	関東火災保険(株)										
	保 險 契 約 者 名	(フリガナ) ホケン ジロウ 保険 次郎										
(任 意 保 険)	保 險 会 社 名	首都圏海上火災保険(株)							担当者名	損保		
	住 所 ・ 連 絡 先	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1							TEL (000) 0000 - 0000			
現時点における損害賠償 (示談等)に係る折衝状況		未折衝 今後治癒後、示談交渉予定										

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

健康保険組合 損害賠償届出書

被 保 険 者	被保険者番号											住所および連絡先						
	氏名	(フリガナ) (印)										〒						
(被 受 害 診 者)	氏名	(フリガナ)										被 保 険 者 と の 続 柄	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 ()					
	生年月日・年齢	年 月 日 (歳)																
事故発生日時		年 月 日 曜日 時 分																
被害者加入の保険会社		関与の有無		関与が「有」の場合、ご記入ください。														
		有 無		保険会社名				担当者名										
				TEL () -														
治 療 状 況	傷病名											保険証等使用開始日						
			年 月 日															
	診 療 機 関 名 (保 険 証 等 使 用)		TEL () -				入院の有無		有・無		TEL () -				入院の有無		有・無	
			TEL () -				入院の有無		有・無		TEL () -				入院の有無		有・無	
(加 害 手 者)	氏名・性別	(フリガナ) ()										生年月日 年齢		年 月 日 (歳)				
	住所・連絡先	〒										TEL () -						
自 賠 加 害 保 険 者	保険会社名																	
	保険契約者名	(フリガナ)																
任 意 保 険 者	保険会社名											担当者名						
	住所・連絡先	〒										TEL () -						
現時点における損害賠償 (示談等)に係る折衝状況																		

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