

伺 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 第三者の行為による傷病の治療状況報告書  
自 損 事 故

報告日 : 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証 の記号番号	記号 番号	社員NO	被保険者 の氏名	
			所属コード	所属名称	
治療を受けている 患	被保険者・被扶養者		氏名	※被扶養者の場合は、氏名を記入してください。	
医 療 機 関 名	所 在 地				
治療を受けた日	治療費（窓口負担分）	入院	通院	薬局	備 考
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				
令和 年 月 日	円				

合計	円
----	---

診療実日数	日間
-------	----

※報告に当たっての留意事項

- 1ヶ月ごとに、この報告書を提出してください。
2. 治療が終了した際は、必ず健康保険組合まで報告してください。
3. 病院以外の薬局で薬を処方された場合も記入してください。
4. 診療を受けた際の領収書のコピーを添付してください。

受 付 印