

第三者の行為による傷病届

被害者	記号		番号		被保険者氏名		
	被保険者の勤務する事業所			名称			
				所在地			
	発病又は負傷した者の氏名					被保険者との続柄	
加害者	相手方	氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日
		現住所					
			電話				
	相手方の勤務先	名称				職業	
		所在地					
相手方の住所・氏名不明の場合		その理由					
事故内容	傷病名部位 及び経過の概要						
			入院期間 自 平・令 年 月 日 ~ 至 平・令 年 月 日				
	発生年月日		平成・令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃				
	発生の場所						
	種 別		自動車事故・バイク事故・殴打殺傷・その他()				
	警察官の立合		あった・ない・ないが届出済・わからない(理由)				
過失の度合		自分の過失 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			相手方の過失 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

※当組合の健康保険加入者を「被害者」とし相手を「加害者」として記入してください。

事故発生 の 状況	加害者の行為によって生じた事故について、 加害者及び被害者の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。			
			
			
			
			
			
賠償手 責自 任動 車保 険の	保険会社名	担当者名	保険会社 所在地	電 話
	契約者氏名		自賠責保険 証明書番号	
	契約者住所			
	保険契約期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		
に任 意保 険	保険会社名	担当者名	保険会社 所在地	電 話
	証券番号		対人賠償	万円
	保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		

1、自動車事故によるときは

- ・自動車事故証明書
- ・事故発生状況報告書
- ・診断書
- ・念書
- ・死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書

2、示談をしているときは示談書の写し

<p>上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>
