

第三者の行為による傷病届

被害者	記号	666	番号	6666	被保険者氏名	建設 太郎		
	被保険者の勤務する事業所			名称	健康建設株式会社			
				所在地	横浜市中区太田町〇〇			
	発病又は負傷した者の氏名			建設 太郎		被保険者との続柄	本人	
加害者	相手方	氏名	〇〇 〇〇			生年月日	昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
		現住所	横浜市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇 電話 045-〇〇〇-〇〇〇〇					
	相手方の勤務先	名称	〇〇〇〇株式会社			職業	営業	
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇					
	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		頭部骨折で入院中 入院期間 自 平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 至 平・令 年 月 日					
	発生年月日		平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日(〇) 午前(午後)〇〇時〇〇分頃					
	発生の場所		横浜市〇〇区〇〇町〇〇〇					
	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 ① 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。			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 殴打・刺傷・その他事故等の場合に記入してください。 (喧嘩の場合の暴行・傷害等を含みます。) </div>			
	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		
	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

上記のとおりお届けします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者 住 所 中区太田町〇-〇〇
氏 名 建設 太郎 建設