

# 第三者の行為による傷病届

被 害 者	被保険者証 の記号番号	記号 番号	被保険者 氏名			
	被扶養者がうけた 事故であるとき	氏名	続柄			
	住所	〒 TEL ( )				
	事業所 所在地	〒 TEL ( )				
加 害 者	氏名	大・昭・平 年 月 日生				
	住所	〒 TEL ( )				
	勤務先 所在地	〒 TEL ( )				
	勤務先 名称 事業主					
事 故 内 容	傷病名	発生 年月日	年 月 日	時 分	午前・午後	
	事故 発生現場					
	種別	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 殴打 ・ その他 ( )				
	業務上 外の別	被害者 加害者	業務上 ・ 業務外 業務上 ・ 業務外			
	警察官 の立会	あった ・ ない ・ ないが届出済み ・ わからない				
	所轄 警察署	警察署	派出所			
治 療 状 況	過失の 度 合	自分の方が ( ) %	相手の方が ( ) %			
	受診保険 医療機関 所在地					
	支払い方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他 ( )				
	治療開始期	年 月 日	から入院・通院			
	年 月 日	から入院・通院				

加 害 者 の 自 動 車 保 険 加 入 状 況	自 動 車 保 有 者	住 所 (所在地)	〒				
		氏 名 (名 称)	フリガナ		加害者 との関係		
	強 制 保 険	契 約 者	住 所 (所在地)	〒			
			氏 名 (名 称)				
	契 約 保 険 会 社	住 所 (所在地)	〒 TEL ( )				
		名 称	担当者				
	保 険 証 明 番 号						
	保 険 期 間						
	任 意 保 険	契 約 者	住 所 (所在地)	〒			
			氏 名 (名 称)				
契 約 保 険 会 社		所 在 地	〒 TEL ( )				
		名 称	担当者				
保 険 証 番 号							
保 險 金 (対人のみ)							
保 險 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日						
示談 状況	示談が成立した ・ 交渉中 ・ 成立していない 年 月 日現在						
損 害 賠 償 の 請 求 ・ 支 払 い 方 法	自 動 車 事 故 の 場 合、保 険 会 社 か ら の 賠 償 金 の 受 領		した ・ していない 請求中 (請求者名 )				
	加 害 者 に 対 す る 損 害 賠 償 の 請 求 は		口頭で ・ 文書で した ・ 請求中 ・ していない				
	加害者から賠償を受領した場合のみ記入						
	損 害 賠 償 の 種 類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償					
	治 療 費						
	休 業 補 償 費	自 年 月 日 至 年 月 日	1日につき 円				
	そ の 他						
	合 計 額						
	受 領 方 法 及 び 受 領 年 月 日	全 額 受 領	年 月 日				
		分 割 受 領 ( ) 回 払 い	年 月 日 から				

上記のとおりお届けいたします。

東京紙商健康保険組合殿