

常務理事	事務長	担当者

### 第三者行為による傷病届

平成 年 月 日

被 保 険 者	記 号					氏 名	印		
	番 号					住 所			
	勤務先・所属	事業所・部署				TEL ( ) -			
事 故 該 当 者	被保険者(本人)の場合	氏 名					生年月日	昭・平	年 月 日
	被扶養者(家族)の場合	氏 名					続 柄		
		職 業 (学校名)					生年月日	昭・平	年 月 日
	傷病の治療費用は (該当のものに○を付けてください)	平成 年 月 日まで 健康保険組合 ・ 加害者負担 ・ 被保険者負担							
治療を受けた医療機関	名 称					所在地			
事 故 相 手	事故相手	氏 名					生年月日	昭・平	年 月 日
		住 所					TEL ( ) -		
	事故相手の勤務先	名 称							
		住 所					TEL ( ) -		
加害者が不明の場合(その理由)									
傷 病 の 詳 細	傷 病 名								
	事故発生日時	平成	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
	事故発生場所								
	何をしていた時								
	事故の概要								
	種 別	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 ・ その他( )							
	損 害 の 程 度	傷害状況	全治 ヲ月			物損状況			
	所 轄 署 名	警察署 派出所				未 届(理由)			
	損害賠償請求の有無	有 ・ 無	事故相手から受けた 損害賠償の内容						

転医、退院、治療の終了、示談の場合はその都度報告してください。

#### 必要な添付書類

##### 交通事故の場合

- ・事故発生状況報告書
- ・交通事故証明書(自動車安全運転センターにて発行)
- ・念書

##### 交通事故以外の場合

- ・念書