

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	恵比寿 太郎 印		
	番号	× × × × × × × ×	住所	〇〇県〇〇市*****		
	勤務先・所属	事業所・部署	×××株式会社××支社		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	恵比寿 花代		続柄	妻
		職業(学校名)	無職		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 <input checked="" type="radio"/> 健康保険組合 ・ <input type="radio"/> 加害者負担 ・ <input type="radio"/> 被保険者負担				
治療を受けた医療機関	名称	〇〇〇〇病院		所在地	〇〇県〇〇市**	
事故相手	事故相手	氏名	加害 一郎		生年月日	昭・平 ××年 ×月 ×日
		住所	××県△△△市*****		TEL ( *** ) *** - *****	
	事故相手の勤務先	名称	〇〇〇〇産業株式会社××支社			
		住所	東京都××区××××××		TEL ( *** ) *** - *****	
加害者が不明の場合(その理由)						
傷病の詳細	傷病名	△△△ 骨折				
	事故発生日時	平成 **年 **月 **日		午前・午後	* 時 ** 分頃	
	事故発生場所	〇〇県〇〇市*****				
	何をしていた時	買い物帰りにバイクに乗って、信号待ちをしているとき				
	事故の概要	加害者の車が、停止中の妻のバイクに追突し妻が負傷した				
	種別	<input checked="" type="radio"/> 自動車 ・ <input checked="" type="radio"/> バイク ・ <input type="radio"/> 自転車 ・ <input type="radio"/> 歩行 ・ <input type="radio"/> その他( )				
	損害の程度	傷害状況	全治 1ヵ月		物損状況	
	所轄署名	〇〇県警〇〇警察署 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