

常務理事	事務長	総務課長	担当

## 第三者の行為による傷病届

被害者	記号 — 番号	— ※1		
	被保険者氏名	(生年月日) 年 月 日		
	(被扶養者の場合は被扶養者氏名、続柄)	(続柄)	(生年月日) 年 月 日	
	住所			
	電話番号(自宅)	( )	—	(内線)
加害者	氏名		職業	
	住所			
	勤務先名称	(電話)	( )	— (内線)
	勤務先所在地			
事故の状況	傷病名	A	B	C
	発生日時	平・令 年 月 日 ( 曜) 時 分頃		
	発生場所			
	事故発生の状況			
	どこから、どこへ、何の目的で行っていた行為も記入のこと			
診察を受けた時	病院(医院)名称	(TEL) ( ) —		
	所在地			
	傷病の程度	死亡・重傷・軽傷	治療見込	年 月 日から 間
	治療費の支払方法	自費・相手方負担・健康保険・その他( )		
加害者の自賠責保険加入状況	保険加入の有無	ある・ない	契約期間	自 . . . ~ 至 . . .
	証明書番号		車種及登録番号	
	契約者		住所	
	契約保険会社名称	保険(株)		担当者
	所在地			連絡先 ( ) —
示談	示談状況	令和 年 月 日現在 成立 ・ 交渉中 ・ 成立していない		

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

上記の通り第三者の行為により傷病を受けたので、念書を添えてお届けします。

令和 年 月 日 被保険者氏名

大王製紙健康保険組合 常務理事 殿