

負 傷 届 (第三者行為その他)

負 傷 者	被保険者証の 記 号・番 号		—		被保険者氏名		昭・平 年 月 日生 ㊞		
	住 所		〒 — TEL — —				職 種		
	支店・営業所名				所在地				
	負傷者が被扶養 者であるとき		氏 名		昭・平・令 年 月 日生			続 柄	
け が (事 故) 発 生 の 原 因 及 び 状 況	発 生 年 月 日		令和 年 月 日(曜日)		午前・午後		時 分 ごろ		
	発 生 場 所				発 生 時 の 用 務		・ 工作中 ・ 出勤・退社途中 ・ 私用中		
	*事故状況をできるだけ詳しく記入					事 故 現 場 の 見 取 図			
通 勤 災 害 の 状 況	通勤の行き帰りでのけが(事故)の場合は下の欄にも記入してください。								
	通勤の経路、方法 及び所要時間		自宅—()—()—()—()—会社 (通勤手段) (通常の通勤所要時間 時間 分)						
	事 故 発 生 日	就業場所	名 称			所在地			
		就業開始 時 刻	午前・午後 時 分		就業終了 時 刻	午前・午後 時 分			
		自 宅 を 出た時刻	午前・午後 時 分 ごろ						
		退社時刻	午前・午後 時 分 ごろ						
受 診 し た 病 院 名 等	医療機関名称(TEL)		所 在 地		治 療 期 間		診療費の支払い方法		
	()				入院 ~		健保・自賠・自費		
					通院 ~		その他()		
	()				入院 ~		健保・自賠・自費		
					通院 ~		その他()		
	()				入院 ~		健保・自賠・自費		
				通院 ~		その他()			
年 月 日現在(治ゆ・継続・中止)、治療見込期間 (約 カ月間・ 日間)									

第三者行為による傷病の場合は次頁にも記入ください。

相手方 (加害者)	加害者氏名		昭・平	年	月	日生	業務の種類		
	住 所	TEL() -							
	勤務先の名称								
	所 在 地	TEL() -							
	加害者の事故当時の用務	仕事中 ・ その他 ・ ()							
	加害者が不明のときはその理由								
警察への届出		届 出 済	警察署名	署	派出所	届出していない			
		事故証明書	もらっている ・ もらっていない						
自動車事故の場合 (相手方車両)	自動車保有者	氏 名		加害者との関係	本人・その他()				
		住 所							
	保険契約者	氏 名		保有者との関係	本人・その他()				
		住 所							
	自賠責保険	自動車損害賠償責任保険	加入している 加入していない	契約期間	自	年	月	日	
		保険会社の名称				(所在地)〒 -			
			TEL - -						
		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号		第 号					
	任意保険	任 意 保 険	加入している 加入していない	契約期間	自	年	月	日	
		保険会社の名称				(所在地)〒 -			
			TEL - -			担当者氏名			
		自 動 車 保 険 証 番 号		第 号					
	示談の状況		令和 年 月 日 成 立				未 成 立		
			※示談が成立しているときは、その写しを添付してください。						
この届の記載事項に相違ありません。									
令和 年 月 日									
健康保険委員氏名 ㊟									
第三者行為の場合は ①事故証明②念書(被害者)③承諾書(被害者)④誓約書(加害者) を添付してください。									