

傷病届（第三者行為・その他）

年 月 日

ロイヤルホテル健康保険組合 理事長殿

負傷者	被保険者証の 記号・番号		被保険者 氏 名		年 月 日生			
	被保険者の住所		〒					
	負傷者が被扶養者 であるとき		氏 名		生 年	年 月 日生	続 柄	
事故の内容	負傷年月日		年 月 日 午前・午後 時 分ごろ					
	負傷発生場所							
	発生原因		仕事中 出勤途中 退社途中 私用中 その他（ ）					
	診療を受けたとき	傷病名				年 月 日 診療開始		
						そのまま入院		
						退院		
		治療期間	(入院)			(通院)		
			自 年 月 日			自 年 月 日		
			至 年 月 日			至 年 月 日		
		(年 月 日 現在)						
医 療 機 関 名		TEL ()						
医療機関所在地								
診療費の支払方法		健康保険 自費 その他 ()						
事故の発生状況				事故現場の見取図				

※交通事故の場合は事故証明書(写)を1通添付してください。

加害者（相手方）	加害者氏名 (生年)		(年 月 日 生)					
	住所		〒					
	勤務先名称 及び所在地		TEL ()-()-()					
警察への 届出		届出済 ・ 届出なし 所轄署 警察署 派出所						
自動車 で事故が 生じたとき	自動車 保有者	氏 名	TEL ()-()-()					
		住 所	〒					
		加害者との関係 本人 ・ その他 ()						
	保険契約者	氏 名	保有所との関係 ()					
		住 所	〒					
	自賠責 保険	加入の有無	有無	契約 期間	自 年 月 日			
					至 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	加入の有無	有無	契約 期間	自 年 月 日				
				至 年 月 日				
	保 険 会 社 の 名 称 所 在 地		TEL ()-()-()					
			〒					
自動車保険証書番号		第 号						
示談の 状況	示 談 成 立 ・ 本 訴 ・ 調 停 ・ 和 解 ・ 申 請 中 ・ そ の 他 ()							
	年 月 日 現在上記○印のとおり							
(示談成立しているときは、その(写)を添付してください。)								