

第三者の行為による傷病届

負傷者（被害者）の	被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者氏名等	印	
	住 所	〒			生年月日 年 月 日生	
	被保険者の勤務先名称	(株) (所属)	所在地及び	〒		
	負傷者が家族の場合	氏名等	生年月日	年 月 日生	続柄	
加害者の	氏 名 等	生年月日	年 月 日生	住 所	〒	
	勤務先名称			所在地及び	〒	
事 故 の 内 容 等	発 生 年 月 日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ				
	発生場所（住所等）					
	発生時の状況 該当する項目に 又は記入	工作中・通勤途上・その他（ ） 工作中・通勤途上は労災保険を適用し健康保険は使用できません。				
	発生原因（詳細記入）					
警察への届出	有（ 警察 派出所） ・ 無					
過失の度合	自分が _____% ・ 相手が _____%					
治療状況について	傷病名（診断名）					
	医療機関名称		所在地			
	治療期間	入院	年 月 日～	年 月 日	支 払 方 法	・自賠責・自費・加害者負担 ・健保・その他（ ）
		通院	年 月 日～	年 月 日		
	医療機関名称		所在地			
	治療期間	入院	年 月 日～	年 月 日	支 払 方 法	・自賠責・自費・加害者負担 ・健保・その他（ ）
		通院	年 月 日～	年 月 日		
	転 帰	（平成 年 月 日現在） 入院中・通院加療中・治癒・中止				
後 遺 症	あ る ・ ある見込み ・ な い ・ ない見込み					
治療見込み	平成 年 月 日から 約 （日・週・月）ぐらい					