

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	㊟		
						生年月日	年 月 日生	
	住 所		〒			TEL		
	被保険者の勤務先名称		(株) (所属)	所在地 及びTEL	〒			TEL
	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TEL		〒			TEL
事 故 の 内 容 等	発 生 年 月 日		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		（ 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		年 月 日から 約 (日・週・月) ぐらい						