

第三者行為による傷病届

九電工健康保険組合 理事長 殿

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証記号番号						被保険者氏名	日中に連絡可能な 電話番号
	記号	番号						
	-	-						-
	会社名						支店・営業所・部門	社員番号 ()

負 傷 者 欄	負傷者氏名		続柄	生年月日				
				昭和 平成 令和	年	月		日
	自宅住所							
	〒 -							
事故発生日時				事故発生場所				
令和 年 月 日 時 分頃								

第 三 者 欄	加害者名		性別	年 齢	勤 務 先		
				歳			
	自宅住所						電話番号
	〒 -						
	自賠責保険 (加害者)						
	保険会社名		保険契約者名			登録番号	
	車台番号		保険期間			自賠責番号	
			年 月 日 ~ 年 月 日				
	任意保険 (加害者)						
	保険会社名		保険会社 所在地				任意対人一括
			〒 -				有・無
担当者名		電話番号			Eメール		
		()					
保険契約者名		保険期間			契約番号		
		年 月 日 ~ 年 月 日					

被害者加入の保険会社関与の有無			
有・無	保険 会社	担当者	電話

治 療 状 況	病 院 名		所 在 地				
			〒 -				
	治療開始日		治療状況 (申請時点)			病院の電話番号	
令和 年 月 日		入院	無・有 () 日		外来 () 日	()	

※本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

【添付書類】

- ・自動車事故は、①自動車事故証明書②事故発生状況報告書③同意書④念書
- ・加害者との間で示談が成立した場合は、示談書の写し

健保受付印