

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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				九工 太郎			〇〇〇 - ×××× - △△△△		
	9	9	9	9	9	9						
	会社名						支店・営業所・部門			社員番号		
株式会社 ●●						▲▲支店			(987654)			

負 傷 者 欄	負傷者氏名			続柄	生年月日									
	九工 花子			妻	昭和 平成 令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日			
	自宅住所													
	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1													
事故発生日時						事故発生場所								
令和 4年 4月 10日 20時 10分頃						〇〇県〇〇市〇〇								

第 三 者 欄	加害者名		性別	年齢	勤務先				
	日本 三郎		男	25 歳	㈱ 〇 〇				
	自宅住所						電話番号		
	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇3-3-3						〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
	自賠責保険 (加害者)								
	保険会社名			保険契約者名			登録番号		
	〇〇㈱			日本 太郎			福岡 333 き 〇〇-〇〇		
	車台番号			保険期間			自賠責番号		
				〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日					
	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			
〇〇㈱			〒 - 〇〇県〇〇市〇〇3-3-3			有・無			
担当者名			電話番号			Eメール			
損保 太郎			〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇						
保険契約者名			保険期間			契約番号			
日本 太郎			〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日						

被害者加入の保険会社関与の有無

有・ <input checked="" type="radio"/> 無	保険会社	担当者	電話
---------------------------------------	------	-----	----

治 療 状 況	病院名			所在地		
	〇〇病院			〒 - 〇〇県〇〇市〇〇10-10-10		
	治療開始日			治療状況 (申請時点)		病院の電話番号
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			入院 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (10) 日		外来 () 日
〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇						

※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