

理事長	常務理事	事務長	担当者

受付日付

飯野健康保険組合

令和 年 月 日

理事長 殿

第三者の行為による傷病届

被保険者	被保険者証	記 号 番 号	氏名	印
	住 所	〒 _____ 電話 _____ () _____		
被害者	氏 名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
	住 所	電話 _____ () _____	被扶養者の場合は続柄	
加害者	氏 名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
	住 所	電話 _____ () _____		
	勤務先名称			
	勤務先所在地	電話 _____ () _____		
加害者がわからないときその理由				
事 故	発 生 日 時	令和 年 月 日	午前 午後	時 分
	発 生 場 所			
	種 別	自動車・バイク・自転車・その他 ()		
	結 果	治療・即死・入院中死亡 (令和 年 月 日死亡)		
医 療	傷 病 名			
	病院・診療所の名称			
	病院・診療所の所在地			
	入・通院の別	入 院 ・ 通 院		
	療養予定期間	ヵ月		
療養費用	健康保険・自動車損害賠償保険・加害者負担			

加害者の自動車損害賠償保険加入状況		責任保険	加入している		・加入していない	
		任意保険	加入している		・加入していない	
保険 加害者加入の責任(強制)	保険加入 証明書番号			保険契約 期 間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
	保 險 契 約 者	氏 名				
		住 所	〒 _____ 電 話 _____ () _____			
	契 約 保 險 会 社	名 称			担当者 氏 名	
		所在地	〒 _____ 電 話 _____ () _____			
加害者加入の任意保険	保険加入 証明書番号			保険契約 期 間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
	保 險 契 約 者	氏 名				
		住 所	〒 _____ 電 話 _____ () _____			
	契 約 保 險 会 社	名 称			担当者 氏 名	
		所在地	〒 _____ 電 話 _____ () _____			
運転者と車の 保有者との関係						
借りた車で加害者が事故を起した場合は貸主の	氏 名					
	住 所	〒 _____ 電 話 _____ () _____				

- (注) 1. の欄は、該当する事項を でかこんでください。
2. この届には、次の書類をそえて提出してください。
- (1) 自動車事故証明書
 - (2) 事故発生状況報告書
 - (3) 診 断 書
 - (4) 念 書