

第三者行為による傷病届(ケンカ・咬創など交通事故以外)

提出日 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄 (該 当 す る □ に ✓)	保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者氏名			(印)
	会社名				所属		
	連絡先	自宅TEL() -			携帯TEL() -		
	事件・事故に あった人	氏名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	発生日時	平成 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			時 分 頃		
	発生場所	都・道・府・県					
	発生時	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他()					
	警察署への届出	<input type="checkbox"/> 済 警察署 <input type="checkbox"/> 未届					
	受診した 医療機関	名称				TEL	() -
		住所	都・道・府・県				
	病院窓口での負担	<input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 <input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> その他()					
	当方の任意保険	治療費を補償する保険を <input type="checkbox"/> 使用した・する(保険名称:) <input type="checkbox"/> 使用しない					
	事件・事故の相手 (複数の場合は裏面 空きスペースにご記入 下さい)	氏名	年齢	住所	TEL		
	事件・事故の状況 具体的に詳細をご 記入ください	(どこで、なにをしているときに、どのように)					
	相手の負傷状況	事件・事故時の飲酒の有無			有(酩酊・酒気帯び・軽度)		無
		無・有(傷病名:			全治		月・日)
相手方の 勤務地・監督義 務者・代理人等 (あてはまる欄にご 記入ください)	勤務先				TEL	() -	
	住所						
	監督義務者・代理人氏名				相手方との関係		
	監督義務者・代理人住所						
相手方の 任意保険	氏名				住所	TEL	
	保険契約者						
	保険会社	名称				担当者	
		住所				TEL	
証書番号							
示談状況	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	示談終了の場合はコピーを添付してください					

注意事項

・記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。