

# 第三者の行為による傷病届

○の箇所を記入してください

記入日 令和 年 月 日

被保険者	被保険者証の記号-番号 —		事業所名称	
	被保険者氏名 フリガナ	生年月日 昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日
負傷者	氏名 フリガナ	被保険者または被扶養者 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者との続柄
	現住所	通知等、手紙の届く住所		電話番号 日中連絡のとれる連絡先
	連絡先保険会社	所在地		担当者 電話番号
	所在地	電話番号		
相手方(第三者)	氏名 フリガナ	相手方のお名前 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		職業
	現住所	電話番号		
	勤務先	電話番号		
	連絡先保険会社	担当者		
	所在地	電話番号		
	相手方が不明な場合その理由		相手が不明な場合には記入してください	
内容	発生日	令和 年	時頃	傷病名
	種別	1 自動車事故    2 バイク事故    3 自転車事故    4 殴打・刺傷    5 自損 6 その他：		
	発生場所	業務災害		どちらかに○してください 1 該当    2 非該当
	警察立会	1 あり    2 なし    3 ないが届出済み    4 不明 所轄警察署：		
	発生状況		発生状況について、詳しくご記入ください	
				受付印